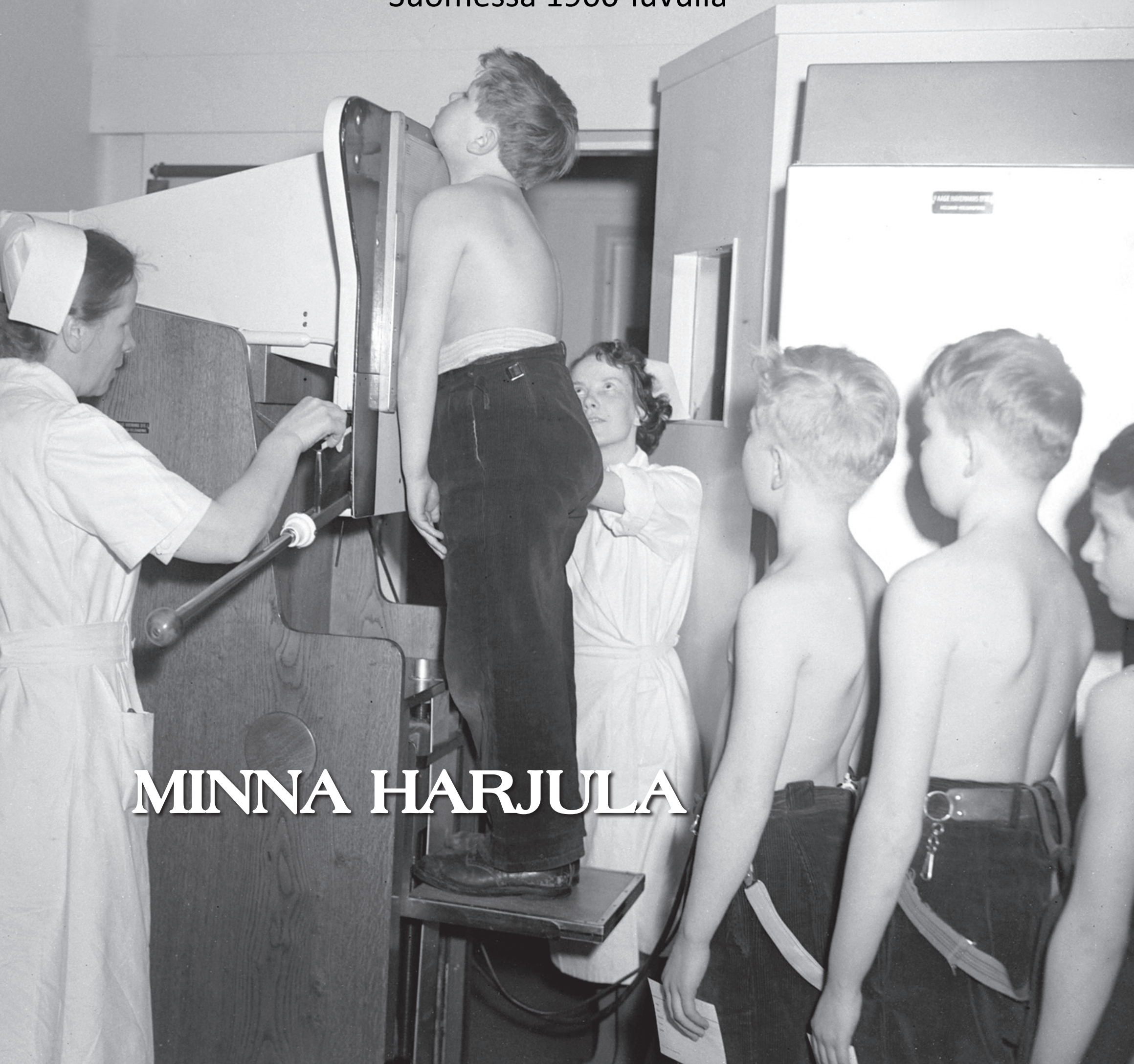
Hoitoonpääsyn hierarkiat

Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut
Suomessa 1900-luvulla



MINNA HARJULA

HOITOONPÄÄSYN HIERARKIAT

MINNA HARJULA

HOITOONPÄÄSYN HIERARKIAT

Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla

TAMPERE
UNIVERSITY
PRESS

Kustantaja TAMPERE UNIVERSITY PRESS

Myynti:
verkkokauppa@juvenesprint.fi
https://verkkokauppa.juvenes.fi

Ulkoasu
Maaret Kihlakaski

Kansikuva
Lasten röntgenkuvaus tuberkuloosisairaalassa vuonna 1950.
Kuvaaja Yrjö Lintunen, Kansan Arkisto.

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

ISBN 978-951-44-9871-8
ISBN 978-951-44-9872-5 (pdf)

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2015

YMPÄRISTÖMERKKI MILJÖMÄRKT
441 729
Painotuote

– Sisällys –

KIITOKSET

Tämä tutkimus on kirjoitettu Suomen Akatemian myöntämän akatemiatutkijapestin (2009–2014) mahdollistamana. Tampereen yliopiston Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön historian oppiaine on tarjonnut tutkimustyölle erinomaiset puitteet. Erityiskiitokset Kari Teräksen johtamalle jatkokoulutusseminaarille rakentavasta palautteesta sekä Pertti Haapalalle kannustuksesta ja tuesta. Työn loppuvaiheessa Matti Hannikaisen perusteelliset ja tarkkanäköiset kommentit auttoivat ryhdistämään tekstiä ja tarkentamaan tulkintoja. Koko oppiaineen väelle esitän yhteisen kiitoksen yhteisöllisyydestä ja ystävyydestä, joka on luonut iloa ja valoa tutkimustyön arkeen. Kiitokset myös Anna Kunnarille, Jussi Lahtiselle ja Emppu Siltalopille avusta aineiston keruussa sekä Jouni Keskiselle teknisten pulmien ratkaisemisesta.

Astri Andresenin johtaman Pohjoismaisen terveyshistorian verkoston seminaarit ja työpajat olivat tärkeä osa tutkimusprosessia. Kiitän myös suomalaisten terveyshistorian tutkijoiden Hälsan är allt -tapaamisessa sekä Yhteiskunnan historian huippuyksikön konferensseissa saamastani arvokkaasta palautteesta. Keskustelut Heini Hakosalon, Antti Häkkisen, Mikko Jauhon, Helene Laurentin, Heli Leppälän, Marjaana Niemen, Teemu Ryyminin ja Heikki S. Vuorisen kanssa ovat olleet avartavia ja antoisia. Tutkimuksessani olen voinut nojautua terveyspalvelututkimuksen uranuurtajina toimineiden Kansaneläkelaitoksen tutkijoiden 1960-luvulta lähtien julkaisemiin tuloksiin palveluiden käytöstä ja saatavuudesta. Erityiskiitos myös Tampere University Pressille, joka otti tutkimuksen julkaistavakseen.

Tampereella toukokuussa 2015
Minna Harjula

I



I

TERVEYSKANSALAISUUS TUTKIMUKSEN KOHTEENA

Terveydessä ei ole kysymys yksinomaan yksilöstä, taudeista ja lääketieteestä. Terveydelle annettu merkitys sekä terveyden ylläpitämisen tavoitteet, keinot ja ehdot määrittyvät eri aikoina ja erilaisissa yhteiskunnissa eri tavoin. Tämän tutkimuksen tavoitteena on analysoida terveyttä yhteiskuntahistoriallisena, sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuvana ilmiönä. Tästä näkökulmasta tarkastelun kohteeksi nousevat ne yhteiskunnalliset toimet, joilla väestön terveyteen pyritään vaikuttamaan. Nämä toimet – joiden kokonaisuutta voidaan nimittää terveyspolitiikaksi – nivovat yhteen yhteiskunnalliset intressit ja yksittäisen kansalaisen huolen oman ja läheistensä terveyden turvaamisesta. Terveyspolitiikan rakentuminen kytkeytyy siten kiinteästi siihen, mitä ajatellaan kansalaisesta ja julkisesta vallasta sekä siihen, kenen tehtäväksi terveydestä huolehtiminen mielletään.[1]

Tarkastelen tutkimuksessa kansalaisen ja julkisen vallan välisten velvollisuuksien ja oikeuksien eli niin sanotun terveyden yhteiskuntasopimuksen muotoutumista suomalaisessa terveydenhuoltojärjestel-

1. Porter 1994; Petersen & Lupton 1996; Porter 1999; Anttonen & Sipilä 2000, 195.

mässä 1900-luvulla. Terveyden yhteiskuntasopimuksen käsitteeseen sisältyy ajatus terveydestä kansalaisoikeutena ja valtion velvollisuutena kansalaisiaan kohtaan, mutta yhtä lailla sopimus asettaa kansalaisille velvoitteen ylläpitää omaa terveyttään yhteisen edun vuoksi. Nämä terveyteen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet ovat historiallisesti ja kulttuurisesti muotoutuvia ja muuttuvia.[2]

Terveyspolitiikan tuloksena rakentuneet terveyspalvelut voidaan nähdä kunkin aikakauden yhteiskuntasopimuksen konkreettisena ilmentymänä. Tarkastelemalla terveyspalveluiden tarjontaa, saatavuutta ja hoitoonpääsyn säätelyä on siten mahdollista tutkia, miten terveys oikeutena ja velvollisuutena on eri aikoina määrittynyt. Juuri 1900-luvun aikana terveyspalveluiden tarjonnan mittasuhteet ja lähtökohdat muuttuivat ratkaisevasti: 1980-luvulla jo melkein kaikki Euroopan maat tarjosivat pääsyn terveyspalveluihin likipitäen kaikille kansalaisilleen, kun sata vuotta aiemmin näin ei tehty yhdessäkään maassa.[3] Nimenomaan pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden leimallisena piirteenä on pidetty kaikkien kansalaisten tasa-arvoista oikeutta sosiaalipalveluihin ja sosiaaliseen turvaan. Kysymys hoitoonpääsystä ja terveyspalveluiden priorisoinnista on kuitenkin 2000-luvun taitteessa noussut hyvinvointivaltiokeskustelun päivänpolttavaksi eettiseksi ja taloudelliseksi ongelmaksi.[4] Samalla 1970–1980-luvuilla vakiintunut kuva tasa-arvoisesta suomalaisesta terveydenhuollosta on vähitellen murentunut. Tuoreimmat tutkimukset osoittavat, että köyhimmät joutuvat tinkimään lääkehankinnoistaan sekä lykkäämään kustannusten takia lääkäriin hakeutumista. Kansainvälisten vertailujen mukaan suomalainen terveydenhuolto onkin yksi eniten rikkaita suosivista järjestelmistä.[5]

Suomessa kaikkien kansalaisten saatavilla olevat maksuttomat avohoidon lääkäripalvelut olivat varsin lyhytaikainen, vuosina 1981–1992 toteutunut käytäntö. Sairaalahoito on ollut 1900-luvulla

2 Porter 1999; Porter 2008, 45–60.
3 Freeman 2000, 14.
4 Esim. Lammintakanen 2005; Autonomia ja heitteillejättö – eettistä rajankäyntiä 2004; Tarve terveydenhuollossa – kuka tai mikä määrittää? 2007; Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa 2011.
5 Keskimäki 2010; Kinnunen 2009; Palosuo et al. 2007; van Doorslaer et al. 2006.

pääsääntöisesti maksullista, ja ilmaishoitoa on tarjottu vain yksittäisille, eri aikoina eri tavoin rajatuille erityisryhmille. Köyhäinhoito on toiminut varattomien hoitoonpääsyn säätelijänä, sillä ennen vuonna 1963 hyväksyttyä sairausvakuutuslakia sairauskulujen ja sairauden aiheuttamien toimeentulomenetysten korvaaminen oli pitkälti tarveharkintaisen köyhäin- ja huoltoavun varassa. Sairaus olikin vuodesta toiseen merkittävin yksittäinen köyhäinavun syy. Lisäksi huomattava osa varsinkin varattomien mielisairaiden ja kroonikoiden hoidosta toteutettiin sairaala-organisaation ulkopuolisissa köyhäintaloissa eli kunnalliskodeissa, joissa hoidolle asetetut tavoitteet ja mahdollisuudet olivat sairaalaoloja vaatimattomammat.[6] Onkin ilmeistä, että terveyspalveluihin liittyvien oikeuksien rajat ja sisällöt ovat olleet jatkuvan uudelleenmäärittelyn kohteina.

Jotta terveyspalveluiden voidaan katsoa olevan kaikkien kansalaisten käytettävissä tai saatavilla (*accessibility*), terveyspalveluiden riittävän tarjonnan (*availability*) rinnalla olennaista on palveluiden käyttöön liittyvien taloudellisten esteiden poistaminen (*affordability*). Kolmantena seikkana esiin on nostettu palvelunkäytön sosiaalisten, kulttuuristen ja tiedollisten esteiden poistaminen (*acceptability),* millä viitataan kansalaisten luottamuksen ja hyväksynnän sekä palveluntuottajien ja -käyttäjien ”yhteensopivien” asenteiden ja odotusten rakentumiseen.[7]

Kysymys siitä, miten kansalaiset ovat hyväksyneet terveyden nimissä heihin kohdistuneet toimet ja omaksuneet terveyden vaalimisen osaksi arkielämäänsä, on koko terveyspalvelujärjestelmän rakentumisen kannalta keskeinen. Ilman kansalaisten luottamusta ja hyväksyntää modernit hyvinvointivaltiot tuskin olisivat yltäneet väestön terveyden kohentamisessa historiallisesti poikkeuksellisiin saavutuksiin. Luottamus, joka käytännössä ilmenee hoitoihin ja tarkastuksiin alistumisena

6 Harjula 2012.

7 Eri tutkijat ja organisaatiot jäsentävät kysymyksen hieman eri termein ja käsittein. Esim. Maailman terveysjärjestö WHO korostaa palveluiden fyysistä ja taloudellista saavutettavuutta sekä palveluiden riittävää määrää, palveluiden kulttuurista ja lääketieteellistä hyväksyttävyyttä sekä palveluiden hyvää laatua. The Right to Health 2008, 3–4. Vrt. Gulliford et al. 2002; Mcintyre, Thiede & Birch 2009; Jacobs et al. 2012.

sekä terveystiedon hyväksymisenä, ei suinkaan ole itsestäänselvyys: kyse on prosessista, jota jokainen terveyspalveluihin liittyvä kohtaaminen vahvistaa tai heikentää. Kansalaisen ja terveyspalvelujärjestelmän kohtaamisessa on osaltaan kyse ihmisten välisen vuorovaikutuksen pohjalta rakentuvasta luottamuksesta (*trust*), mutta kun yksittäinen lääkäri tai terveydenhoitaja nähdään lähtökohtaisesti instituutionsa edustajana, ratkaisevaa on koko terveysinstituutioon kohdistuva luottamus (*confidence*).[8]

Luottamus instituutioon edellyttää Lucy Gilsonin mukaan palvelujärjestelmän avoimuutta sekä yksilön itsemääräämisoikeuden turvaamista.[9] Anna Metteri on puolestaan todennut, että kansalaisen sosiaaliset oikeudet muodostavat luottamuksen institutionaalisen perustan. Hän onkin puhunut *hyvinvointivaltion lupausten pettämisestä* analysoidessaan terveyspalvelujärjestelmän ja kansalaisen kohtaamisia 2000-luvun taitteessa. Hänen mukaansa luottamusta rakensi tasa-arvoon, kohtuullisuuteen, oikeudenmukaisuuteen ja solidaarisuuteen nivoutunut universalismin periaate[10], jonka mukaan julkinen valta pitää huolen kaikista kansalaisista. Vastaavasti hyväksyntää ja luottamusta rapauttivat kohtuuttomuuden, eriarvoisuuden ja epäoikeudenmukaisuuden kokemukset.[11] Pitkän aikavälin tarkastelun kautta on mahdollista pohtia luottamuksen rakentumista hyvinvointivaltion syntyprosessissa. Tällöin esiin nousee kysymys siitä, kuinka myöntyväisyyttä tuotettiin ja hyvinvointivaltiollisia lupauksia luotiin ajankohtana, jolloin koko terveyspalvelujärjestelmä oli vasta rakenteilla.

Kansalaisten myöntyvyyden ja luottamuksen kääntöpuolena ovat terveydenhuollon pakkotoimet: hoitoon hakeutuminen ei suinkaan aina ole perustunut vapaaehtoisuuteen vaan – esimerkiksi tarttuvien tautien ja mielisairauksien osalta – suurelta osin myös lakisääteiseen velvollisuuteen. Yleisesti ottaen pakkotoimet on kohdistettu niihin,

---

8 Esim. Luhmann 1990, 94–107; Ilmonen 2002, 136–160; Brownlie 2008, 17–32.

9 Gilson 2003; Gilson 2006.

10 Universalismi yleismerkityksessään tarkoittaa koko kansan sisällyttäviä palveluita ja etuuksia. Universalismin käsitteen käytön eroista Britanniassa ja Pohjoismaissa ja erilaisista tulkinnoista: Anttonen & Sipilä 2010; Sipilä 2009; Anttonen, Häikiö & Stefansson 2012.

11 Metteri 2003, 92–96; Metteri 2012.

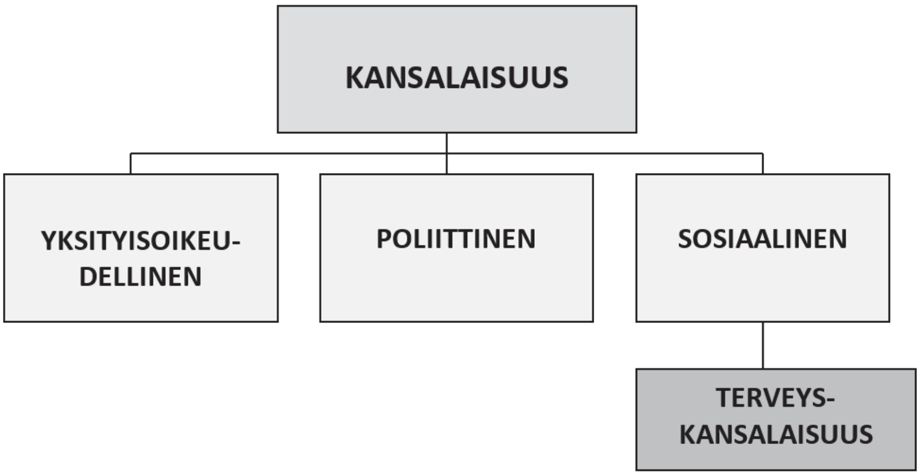
jotka puuttuvan ymmärryksen tai tietoisen vastarinnan takia eivät ole omasta aloitteestaan myöntyneet palvelunkäyttäjiksi. Pakkoa on voitu perustella yksilölle itselleen tai muille kansalaisille koituvan edun tai kaikkien yhteisen edun näkökulmasta, ja tulkinnat pakkohoidon oikeutuksesta ja merkityksestä ovat vuosikymmenten kuluessa muuttuneet.[12]

Käytän terveyspalveluiden tarkastelun lähtökohtana terveyskansalaisuuden käsitettä, joka nivoo yhteen terveyteen liittyvät oikeudet, velvollisuudet sekä niihin kytkeytyvän moraalisen ja sosiaalisen kudoksen.[13] Terveyskansalaisuuden käsite kytkeytyy kiinteästi kansallisvaltion historialliseen muodostumiseen: kansallisvaltion myötä väestö rakentui kansaksi ja yksilö kansalaiseksi, ja yksilön terveys miellettiin valtion voimavaraksi. Ilpo Helén onkin korostanut, että kansan ja valtion ykseys muodostaa pohjoismaisen terveyskansalaisuusajattelun perustan.[14]

T.H. Marshallin klassisen kansalaisuusteorian näkökulmasta terveyskansalaisuus voidaan nähdä sosiaalisen kansalaisuuden osa-alueena ja samalla yhtenä osana kokonaisuudessa, johon sisältyvät myös yksilön perusoikeudet ja poliittiset oikeudet sekä niihin liittyvät velvollisuudet (ks. kuvio 1).[15] Vaikka Marshallin ajatus kansalaisuuden evolutiivisesta, vaiheittaisesta kehityksestä, jossa perusoikeudet ja poliittiset oikeudet nähdään sosiaalisia oikeuksia edeltävinä kehitysvaiheina, onkin herättänyt kritiikkiä,[16] terveyden tutkimuksen näkökulmasta merkittävää on hänen tulkintansa eri kansalaisuuden lohkojen yhteydestä ja keskinäisestä riippuvuudesta. Marshallin teorian pohjalta voidaan otaksua, että terveyskansalaisuuden muutokset eivät ole irrallisia vaan ne tapahtuvat vuorovaikutuksessa poliittisen kansalaisuuden ja perusoikeuksien uudelleenmääritysten kanssa.[17] Esimerkiksi Harry Oosterhuisin ja Frank Huismanin tulkinnan mukaan ensimmäisen maailmansodan jälkeen länsimaissa yleistyneet pyrkimykset yleisen

12 Esim. Björkman 2001.
13 Porter 1999; Helén & Jauho 2003, 13–32; Porter 2011.
14 Peyrou 2006; Helén 2008, 150.
15 Tutkimuksissa vähemmälle huomiolle on jäänyt se seikka, että Marshall painottaa sosiaaliseen kansalaisuuteen liittyvien oikeuksien rinnalla myös vastavuoroisia velvollisuuksia. Esim. Lister 2009, 43–44.
16 Lyhyt yhteenveto kritiikistä esim. Higgs 1998, 186–188.
17 Lister 2009; Saari 2013, 283–304; van Steenbergen 1994.

sairausvakuutuksen toteuttamiseksi kytkeytyivät yleisen äänioikeuden samanaikaiseen toteutumiseen.[18] Terveyskansalaisuus voidaan nähdä kamppailujen kohteena ja kansalaisuuden näkökulma mahdollistaa tarkastelun, jossa yksilöitä ei nähdä ainoastaan sosiaalisen kontrollin kohteina vaan myös aktiivisina toimijoina.[19]



Kuvio 1. Terveyskansalaisuus kansalaisuuden osa-alueena

Juridisten oikeuksien ja velvollisuuksien lisäksi terveyskansalaisuuteen sisältyy informaali normatiivinen ulottuvuus, jota on terveyden historian tutkimuksissa kuvattu *kansakuntaan kuulumisena* (*belonging*), yhteisön jäsenyytenä sekä kansalaisihanteiden tai -hyveiden määrittymisenä.[20] Ilpo Helén ja Mikko Jauho ovat todenneet, että terveyskansalaisuus asettaa kansaan kuulumisen ehtoja ja edellyttää kansalaiselta terveydestään huolehtimista. Mikko Jauhon tuoreemmassa määrittelyssä esiin nostetaan *yksilön kompetenssit tai kansalaistaidot,* jotka nähdään oikeuksien ja velvollisuuksien perustana.[21] Helén ja Jauho ovatkin käyttäneet termiä *kansalaistaminen*, jolla viitataan yksi-

18 Oosterhuis & Huisman 2013, 33.
19 Helén & Jauho 2003; Oosterhuis & Huisman 2013, 6.
20 Suomen kielen kansalaisuus-käsitteen erityispiirteenä on, että se tiiviisti kansaan kytkeytyessään nivoo muodollisen eli juridisen kansalaisuuden ja kansaan kuulumisen kategoriat toisiinsa ja hämärtää niiden eroa. Nivala 2006, 43; Stenius 2003, 309–362; Palonen 2003, 581–582. Lain ja sosiaalisen normin eroista ks. Koivisto 2008.
21 Helén & Jauho 2003; Jauho 2007, 17, alaviite. Myös: Ryymin 2008, 15–20.

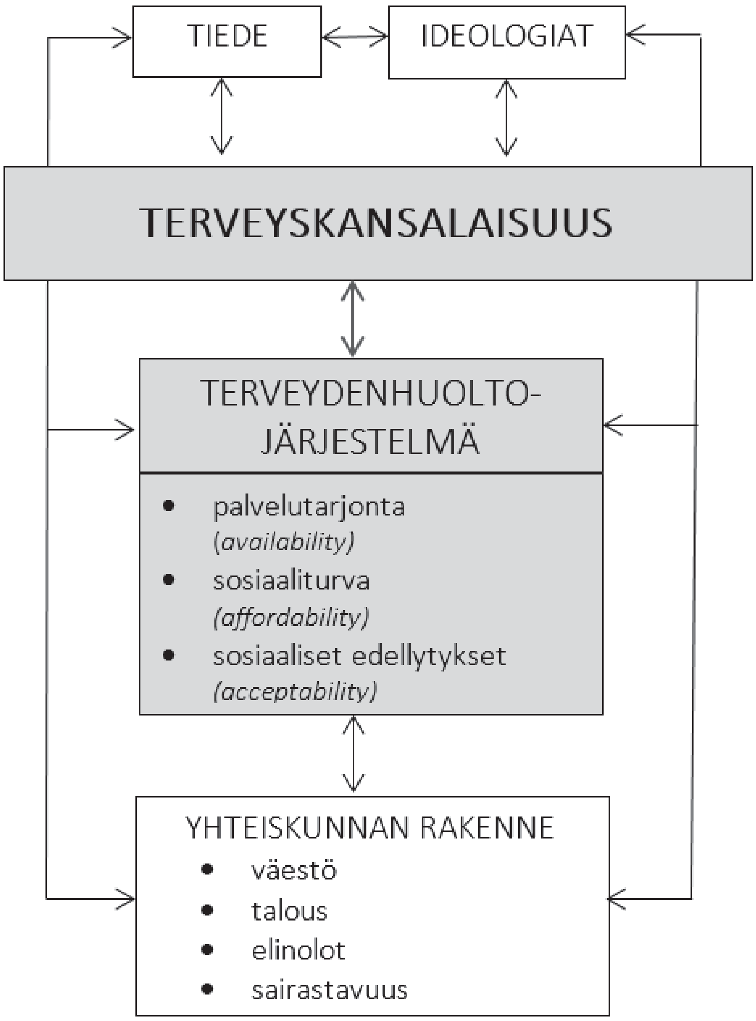
löiden ja perheiden kasvattamiseen sekä erityisen terveyteen liittyvän kansalaisuuden eetoksen rakentamiseen.[22]

Terveyskansalaistamisen ja *kansakuntaan kuulumisen* voidaan katsoa linkittyvän terveyspalveluiden käytön sosiokulttuuristen edellytysten (*acceptability*) rakentumiseen: tietyn kansalaisuuden eetoksen omaksuminen on ehtona palveluiden käytölle. Voidaankin ajatella, että terveyspalveluihin pääsyn säätelyn sekä siihen kytkeytyvän kansalaisuuden eetoksen kautta muodostuu terveyskansalaisuuksien variaatioita ja hierarkioita. Esimerkiksi Ruth Lister on korostanut, että kansalaisuudessa voidaan nähdä sekä osallistavia (inklusoivia) että poissulkevia (eksklusoivia) jännitteitä ja mekanismeja, jotka luovat kansalaisuuden eri tasoja: ei-kansalaisia, osittaisia kansalaisia ja täydet kansalaisoikeudet omaavia.[23] Gordon Hughesin tulkinnan mukaan *hyvinvointivaltiollisten inkluusioiden hierarkiat* määrittelevät palveluiden ja etuuksien kohteet ja laadun sekä erityisesti sen, kenet rajataan niiden ulkopuolelle tai stigmatisoitujen palveluiden piiriin.[24] Voidaan olettaa, että terveyspalvelujärjestelmän laajeneminen ei itsestään selvästi merkitse hierarkioiden katoamista, vaan niiden muuttumista ja *kuulumisen rajojen* uudelleenartikulointia ja säätelyä.[25]

Terveyden ja kansalaisuuden suhdetta on lähestytty tutkimuksissa usein erilaisten kielellisten, kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen – kuten romanien, saamelaisten ja intiaanien – sekä laittomien maahanmuuttajien konkreettisten ulossulkemisten näkökulmasta.[26] Tässä tutkimuksessa näkökulma on toinen: myös valtaväestöön kuuluvia kansalaisia ryhmitellään terveisiin ja sairaisiin, vaarallisiin ja vaarattomiin, tuottaviin ja rasitteena oleviin, kunnollisiin ja kunnottomiin, jolloin myös heidän terveyteen liittyvät oikeutensa ja velvollisuutensa määrittyvät eri tavoin.[27] Suomalaisen terveydenhuollon kehitykselle leimallista on ollut jännite kaikille kansalaisille yhtäläisesti suunnat-

22 Helén & Jauho 2003, 14.
23 Lister 1990, 13; Lister 2003, 42–43.
24 Hughes 1998, 4.
25 Kuulumisen politiikasta ks. Yuval-Davis 2011.
26 Esim. Wilson 2004; Bryder 2008; Andresen 2008; Horton & Barker 2009; Ryymin & Ludvigsen 2013.
27 Helén & Jauho 2003, 13–16.

tujen palveluiden sekä toisaalta palkkatyöläisyyteen ja ansiosidonnaisuuteen perustuvien järjestelmien välille. Nykyisen terveydenhuollon kolmikanavaisuus, jossa kunnallinen terveydenhuolto, yksityislääkärit ja työterveyshuolto tarjoavat hoitoonpääsyehdoiltaan ja asiakasmaksuiltaan erilaisia palveluita[28], viittaa osaltaan erilaisten rinnakkaisten terveyskansalaisuuksien rakentumiseen.



Kuvio 2. Terveyskansalaisuuden tarkastelun viitekehys[29]

28 Muuri et al. 2008, 448, 450.
29 Kuvio pohjautuu Mirja Satkan laatimaan tarkastelukehikkoon sosiaalisen työn rakentumisesta. Satka 1994, 265.

Terveyskansalaisuuden käsitteen ja terveyspalveluiden saatavuuden erittelyn avulla pyrin nivomaan yhteen terveyden tarkastelun palvelujärjestelmänä, sosiaaliturvajärjestelmänä sekä sosiaalisena järjestelmänä (kuvio 2). Terveyskansalaisuuden rakentumisen kannalta on merkittävää yhtä lailla se, millaisia terveyspalveluita yhteiskunnassa on tarjolla, miten terveyspalveluiden käytön ja sairastumisen aiheuttamat taloudelliset menetykset korvataan kuin myös se, millaisia ehtoja ja edellytyksiä palvelujärjestelmään kuuluminen kansalaisille asettaa. Lähtöoletukseni on, että näiden eri osa-alueiden painotus terveyskansalaisuuden rakentumisessa on eri vuosikymmeninä vaihdellut.

Terveyspalvelujärjestelmässä rakentuvaan terveyskansalaisuuteen keskittyvä näkökulma ja vuosisadan mittainen tarkasteluajanjakso rajaavat monet tutkimuksellisesti kiinnostavat seikat tarkastelun ulkopuolelle. Yhteiskunnan rakenne, lääketieteen kehitys tai yhteiskunnan aatteelliset virtaukset eivät nouse analyysin kohteeksi, vaan ne muodostavat historiallisen kontekstin terveyskansalaisuuden tarkastelulle. Terveysammattien kehityksen ja professionaalistumisen merkityksen tarkastelu jää niin ikään tässä työssä taka-alalle.[30] Kunnan ja valtion työnjakoon kiinnitän huomiota vain siltä osin kuin sillä on merkitystä hoitoonpääsyn ja terveyskansalaisuuden variaatioiden muotoutumisessa. Eri aikakausien terveyspolitiikan tulosten arviointi rajautuu niin ikään tämän työn ulkopuolelle.

Tutkimukseni kohdistuu terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamaan viralliseen terveyspalvelujärjestelmään, joten kansanparannus ja muut vaihtoehtolääkinnän muodot jäävät huomiotta.[31] Pääpaino tässä tutkimuksessa on perusterveydenhuollon avohoidon palveluiden – ennen muuta lääkärin, mutta myös kätilöiden ja terveyssisarten vastaanottotyön – sekä sairaalahoidon rakentumisessa. Tarkastelun kohteeksi nostan lisäksi yksittäisiä, kansantaudeiksi määriteltyjä terveysongelmia, kuten mielisairaudet ja tuberkuloosi, joiden ratkaisemiseksi on rakennettu erityislaitokset ja -organisaatiot. Kansalaisuus-näkökulman takia

30 Aihetta on tutkittu runsaasti: mm. Vuolio 1992; Henriksson 1998; Wrede 2001; Yrjälä 2005; Nyström 2010b.

31 Norjaa koskeva tutkimus osoittaa virallisen lääketieteen ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen muuttuvan suhteen 1800-luvun lopulta 2000-luvulle. Alver, Fjell & Ryymin 2013. Myös: Rytty 2007.

huomio kiinnittyy yksilöihin kohdistettuun terveydenhuoltoon, joka käsittää sekä sairauksien ehkäisyyn että sairauksien hoitoon keskittyvän palvelujärjestelmän. Näkökulma on siten erilainen kuin aikaisemmissa tutkimuksissani, joissa olen keskittynyt yleisiin yhteiskunnallisiin ennaltaehkäiseviin ympäristöterveyden toimenpiteisiin sekä terveyden edistämistä koskevan terveyspolitiikan muotoutumiseen.[32]

Kokonaiskuvan rakentaminen terveyskansalaisuudesta edellyttää yhtäältä terveyspalvelujärjestelmän käytännön – eli tarjolla olevien palveluiden, sairausturvan ja hoitoonpääsyehtojen – selvittämistä sekä toisaalta palvelujärjestelmään kytkeytyvien, kansalaisuutta määrittelevien, merkityksellistävien ja rajaavien tulkintojen ja selitysten tarkastelua. Terveyden historian tutkimus on varsinkin 1900-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa Suomessa nopeasti laajentunut, ja lääketieteellistä tietoa, valtaa sekä terveyden hallintaa koskevat, valtaosaltaan foucault-lähtöiset tutkimukset tarjoavat erinomaisen pohjan aihepiirin diskursiiviselle tarkastelulle.[33] Terveyspalveluiden käyttöä ja saatavuutta koskevaa yhteiskuntatieteellistä ja kansanterveydellistä tutkimusta on puolestaan julkaistu runsaasti 1960-luvulta lähtien,[34] mutta varhaisemmalta ajanjaksolta palvelujärjestelmän käytännön kokonaisuuden selvittäminen on vaatinut perustutkimusta muun muassa palvelutarjonnasta, hoitotaksoista sekä köyhäinhoidon roolista terveyspalveluiden tuottajana ja rahoittajana. Palvelujärjestelmän selvittämisessä lääkintöhallituksen ja sosiaaliviranomaisten tuottama tilastoaineisto on ollut tärkein lähde. Eri viranomaisten tilastokäytäntöjen erojen ja tilastoperusteiden lukuisten muutosten takia numerotietoja voidaan kuitenkin monasti pitää vain suuntaa-antavina.[35] Tilastojen ohella

32 Harjula 2003; Harjula 2007.

33 Esim. Helén 1997; Helén & Jauho 2003; Ahlbeck-Rehn 2006; Jauho 2007; Henttonen 2009.

34 Tapani Purolan, Esko Kalimon, Kauko Nymanin ja Kai Sieversin teos *Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta* (1967) käynnisti Kansaneläkelaitoksen julkaisusarjan, jossa on seurattu kattavasti alan kehitystä Suomessa. Onni Vauhkosen sosiaalipolitiikan alaan kuuluva tutkimus *Sairaalakustannusten tasaus* (1961) on puolestaan sairaalalaitoksen osalta laajan historiallisen tarkastelun sisältävä alan perusteos.

35 Esimerkiksi sairaalapaikkojen osalta eri aikoina on tilastoitu vaihtelevasti joko sairaansijaluku, vuoden aikana hoidettujen lukumäärä, tiettynä ajankohtana hoidossa olleiden määrä tai keskimääräinen hoidokkiluku, jotka kaikki antavat osin erilaisen tuloksen. Tuoreimpienkin tilastojen numerotiedoissa esiintyy varsin

tutkimusmateriaali koostuu virallisesta terveyspoliittisesta aineistosta – lait, asetukset, komiteanmietinnöt, valtiopäiväasiakirjat – ja lääketieteen sekä terveys- ja sosiaalialan aikakauslehdistä ja julkaisuista.

Terveyden 1900-luvun kehityksestä on esitetty eri näkökulmista useita erilaisia ajallisia jäsennyksiä.[36] Tutkimuksessani *Terveyden jäljillä* (2007) olen jakanut suomalaisen terveyspolitiikan terveyden edistämisen näkökulmasta kuuteen erilaiseen, osin päällekkäiseen ja toisiinsa limittyvään vaiheeseen. Tutkimuksen päähavainto oli, että näkemykset terveydestä, terveysriskeistä, samoin kuin terveyden edistämisen keinoista ja ehdoista olivat koko vuosisadan ajan jatkuvassa muutoksessa, ja kunkin uuden näkökulman myötä edellisten kausien terveyspoliittiset keinot ja saavutukset nimettiin riittämättömiksi. Vuosisadan alussa pääpaino oli kulkutautien ja tuberkuloosin lyömisessä *hygienian* oppien mukaisesti kohennettujen elintapojen ja elinympäristön avulla. Hygieniakeskustelu säilyi terveyspolitiikan kulmakivenä 1950-luvulle saakka. Sen rinnalle nousi 1920–1930-luvuilla *rotuhygienia*, joka keskittyi väestön laadun parantamiseen pyrkimällä estämään perimältään heikon kansanosan lisääntymisen. Sodanjälkeinen *väestöpolitiikka* puolestaan nosti lasten ja äitien terveyden vaalimisen kansan tulevaisuuden turvaajana tärkeimmälle sijalle. Aikuisiällä puhkeavien kroonisten sairauksien ehkäiseminen terveyspalveluiden saatavuutta lisäämällä nousi 1960-luvun *terveyspalvelupolitiikan* päämääräksi. 1970-luvulle tultaessa huomio kiinnittyi yhteiskunnallisten olosuhteiden aiheuttamiin terveyshaittoihin ja painopiste asetettiin terveyttä edistäviin *yhteiskuntapoliittisiin* ratkaisuihin. Lähemmän tarkastelun ulkopuolelle jättämääni, 1980-luvun jälkipuoliskolla alkanutta vaihetta luonnehdin *yksilön vapauden ja vastuun kaudeksi*.[37] Koska terveyden edistämiseen keskittyvän terveyspolitiikan muutoksiin ei välttämättä kytkeydy palvelujärjestelmässä ilmenevää terveyskansalaisuuden uu-

suuria eroja. Esimerkiksi vuonna 2002 Suomen tilastollisessa vuosikirjassa (STV) vuoden 2000 sairaansijamääräksi ilmoitettiin 43 250 ja sairaalamääräksi 362, mutta vuoden 2008 tilastossa vuoden 2000 sairaansijoja mainittiin olleen 38 864 ja sairaaloita 389. STV 2002, 473; STV 2008, 524.

36 Esim. public health -käsitteen näkökulmasta: Awofeso 2004. Valtamekanismien ja hallintaregiimien näkökulmasta: Armstrong 1993.

37 Harjula 2007.

delleenarviointia, tätä ajallista jäsennystä ei sellaisenaan voida suoraan soveltaa terveyskansalaisuuden analyysiin: murrokset saattavat olla eriaikaisia ja erikestoisia.

Nimenomaan terveyskansalaisuuden näkökulmasta Ilpo Helén on luonnostellut seuraavat neljä historiallista kerrostumaa, jotka hänen mukaansa edelleen vaikuttavat rinnakkain modernissa terveyspolitiikassa:

1) kulkutautikontrolli, joka pyrki vaarallisten ihmisten ja ympäristöjen eristämiseen (1700-luku)
2) ympäristöhygienia ja sosiaaliset reformit, jotka kohdistuivat väestöihin ja luokkiin (1850–)
3) sairausvakuutus ja kansallinen terveydenhoitojärjestelmä, joka kohdistui kansalaisiin (1930–70-luvut)
4) "health management", jonka kohteena on yksilö (1980–).

Helénin jäsennyksessä huomionarvoista on terveyssubjektin muuttuminen: kokonaiset väestöt nousivat huomion kohteeksi hygienia-ajattelun myötä, kansalaisuus terveyden subjektina rakentui hyvinvointivaltiokehityksen osana ja vuosisadan lopulla terveys henkilökohtaistui, jolloin terveyskansalaisuus jälleen muutti muotoaan.[38] Helénin jäsennys on länsimaiden kehitykseen perustuva yleiskuvaus, jonka pohjalta on mahdollista lähteä rakentamaan yhteen maahan keskittyvää, yksityiskohtaisempaa ja vivahteikkaampaa tulkintaa hyvinvointivaltion rakentamisvaiheen sisällöstä.

Vaikka molemmissa edellä esitellyissä jäsennyksissä nostetaan esiin 1800-luvun jälkipuoliskon hygieniakeskustelun myötä tapahtunut murros, terveyskansalaisuuden tarkastelun aloittamista vasta 1900-luvun alusta voidaan perustella kansalaisuuden muilla osa-alueilla eli poliittisessa kansalaisuudessa ja kansalaisten perusoikeuksissa tapahtuneilla muutoksilla. Vuoden 1905 suurlakon jälkeinen äänioikeusuudistus ja sananvapauden sekä kokoontumis- ja yhdistymisvapauden toteutuminen loivat Suomessa uudenlaisen kansalaisyhteiskunnan,

38 Helén 2008, 146–154.

jossa myös terveyteen liittyvät kysymykset nousivat uudella tavalla yhteiskunnallisen keskustelun kohteeksi.[39]

Terveyspalvelujärjestelmää tarkasteltaessa lainsäädännön kehitys muodostaa varteenotettavan lähtökohdan tutkimuksen jäsentelylle. Pauli Kettunen on kuitenkin kyseenalaistanut tämän, varsinkin vertailevan tutkimuksen käyttämän lähestymistavan hyvinvointivaltiokehityksen kronologisoinnissa, sillä se jättää huomiotta diskurssien ja instituutioiden muutosten eriaikaisuuden, reformeja edeltävät poliittiset prosessit sekä reformien jälkeiset vaikutukset ihmisten arkielämään.[40] Kettunen on korostanut, että erityisesti Suomessa ongelmanmäärittelyn ja lainsäädäntötoimien välillä on usein ollut pitkä ajallinen viive. Kun tuohon viiveeseen sisältyy monesti myös diskursiivisia murroksia, ongelmaa koskevan aiemman yhteiskunnallisen keskustelun lähtökohdat ovat saattaneet jäädä jopa kokonaan huomiotta.[41]

Terveyskansalaisuuteen kytkeytyvien konkreettisten juridisten oikeuksien ja velvollisuuksien rakentumisessa lainsäädännön merkitys oli joka tapauksessa ratkaiseva. Juuri lainsäädäntö mahdollisti koko kansaa koskevien järjestelmien toteuttamisen asettamalla julkiselle vallalle uudenlaisia velvoitteita palveluiden tarjoamiseen. Samalla uusien lakien mahdollistamat käytännöt loivat ja uudelleenmäärittelivät kansalaisuuden rajoja ja sisältöjä. Lainsäädäntöön kirjattujen näkökantojen voidaan myös katsoa kertovan yhteiskunnassa varsin laajalti hyväksytystä mielipiteestä. Tämän tutkimuksen periodisointi rakentuu näin ollen lainsäädännöllisten murroskohtien pohjalle, mutta sen lisäksi pyrin tekstissä ottamaan huomioon diskurssien eriaikaisuuden ja erikestoisuuden. Raija Julkunen ja Jussi Vauhkonen ovat käyttäneet ilmaisua *potentiaalinen hetki* tilanteesta, jolloin reformien toteutuminen oli mahdollista, mutta jäi tuloksettomaksi avaukseksi.[42] Tällaisia potentiaalisia hetkiä on löydettävissä esimerkiksi sairausvakuutuksesta ja maksuttomista lääkäripalveluista käydyistä yhteiskunnallisista kes-

39 Alapuro et al. 1987; Haapala et al. 2008.
40 Kettunen 2001a; Kettunen 2001b.
41 Kettunen 2001b, 233. Myös: Kalela 1989, 13–25. Jaksotuksen ongelmasta: Saari 2006.
42 Julkunen & Vauhkonen 2006, 302.

kusteluista 1900-luvun alkuvuosikymmenistä lähtien, vaikka nämä reformit toteutuivatkin vasta 1960–1980-luvuilla.

Tutkimusaineiston ja tutkimuskysymyksen pohjalta olen jäsentänyt tutkimuksen neljään kronologiseen jaksoon. Jäsennys nostaa samalla esiin tutkimuksen keskeisen tuloksen: suomalaisessa terveyskansalaisuudessa voidaan erottaa neljä ajallista kerrostumaa, joiden murroskohdissa terveyden yhteiskuntasopimus ja terveyskansalaisuuden rajat ja sisällöt alettiin määritellä uudella tavalla. Luvussa II tarkastelen 1900-luvun alun terveydenhuoltojärjestelmää, jossa valtion ja kansalaisen suhdetta alettiin rakentaa kansansivistykseen nojaavan terveyskansalaistamisen pohjalta. Kun myös palvelutarjonnan kehittäminen nähtiin sivistysprosessin osana ja terveysaatteeseen kypsymisen tuloksena, paikallisen aloitteellisuuden pohjalta syntyneet sirpaleiset palvelut ylläpitivät hoitoonpääsyn alueellisia ja sosiaalisia hierarkioita. Luku III kattaa 1920-luvulta alkavan jakson, jolloin terveyspalveluiden lakisääteinen tasa-arvoinen tarjonta ja sen vastapainona kansalaisen velvollisuus palveluiden käyttöön nousivat terveyskansalaisuuden keskiöön. Luku IV keskittyy 1960–1980-lukujen hyvinvointivaltiollisen kehitykseen, jota Yrjö Mattila (2011) on luonnehtinut *monikanavaisen järjestelmän muotoutumisen kaudeksi*.[43] Pyrkimys sairauden aiheuttamien kustannusten korvaamiseen loi uudenlaista hierarkkista terveyskansalaisuutta, kun kaikille kansalaisille yhtäläisesti suunnattujen palveluiden ja etuuksien rinnalla rakennettiin työsuhteeseen ja ansiosidonnaisuuteen perustuvat järjestelmät.

Kaiken kaikkiaan kehityskulkua 1900-luvun alusta 1980-luvulle voidaan englanninkielisin termein luonnehtia terveyskansalaisuuden painopisteen siirtymänä *acceptability–availability–affordability* -akselilla: kyse oli luottamuksen ja myöntyvyyden rakentamiseen, palvelutarjonnan turvaamiseen ja kustannustasauksen toteuttamiseen painottuvista, osin rinnakkaisista ja osin toisiaan seuraavista terveyskansalaisuuden variaatioista. Kaikki nämä historialliset kerrostumat vaikuttavat edelleen suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.

43 Mattila 2011.

Epilogimaisessa luvussa V hahmottelen pääasiassa tutkimuskirjallisuuden pohjalta 1900-luvun lopun kehitystä, johon kaikissa tutkimuksissa on yksimielisesti viitattu yksilöllistymisen, vapauden, julkisen vastuun purkamisen ja terveydenhuollon markkinaistumisen kautena. Kausi muodostaa siten uudenlaisen käänteen terveyskansalaisuudessa. Ajallisesti rajaudun vuosituhannen vaihteeseen ja ainoastaan viittaan joihinkin sen jälkeen toteutuneisiin kehityskulkuihin. Tarkoituksenani ei siis ole analysoida terveyspalvelujärjestelmän uudistamista koskevaa 2000-luvun keskustelua eikä ottaa kantaa tulevaisuuden vaihtoehtoihin, vaan teos pyrkii luomaan historiallista perspektiiviä nykypäivän keskustelulle.

Loppuluku VI kokoaa yhteen pitkän aikavälin tulkinnan terveyskansalaisuuden sisällöistä ja hierarkioista sekä kansalaisen ja valtion roolien muotoutumisesta terveyden alalla. Luvussa tarkastellaan kootusti, miten terveys kansalaisen oikeutena ja velvollisuutena on eri aikoina mielletty ja peilataan saavutettuja tuloksia tutkimuksen käsitteelliseen viitekehykseen.

II

N:o 9 SYYSKUU XVIII v:kerta

Terveydenhoitolehti

Duodecim-seuran toimittama ja kustantama.

Helsinki Päätoimittaja *Konr. ReijoWaara.* 1906

Lehden konttori Helsingissä Uudenm.-k. 2; 3 kerr. T. 2018. *Tilaushinta* 2 mk. vuodelta Helsingissä, 2: 44 p. postissa. *Lehti ilmestyy* kerta kuukaudessa. *Lehteen tulevat kirjoitukset* ja kirjelaatikkoon aiotut *kysymykset* lähetetään Toht. Konr. ReijoWaaralle E. Makas.k. 3, telef. 4992, *muistutukset* lehden jakamisesta konttoriin.

Liittoon nuoret ja vanhat Suomen kansan terveyttä suojelemaan ja nostamaan.

II.

„Suomen kansallinen terveysliitto“.

Kirj. *Konr. ReijoWaara.*

II

KANSA KOHOTETTAVA KANSALAISUUTEEN: 1900-LUVUN ALKU

1. TERVEYS KANSANSIVISTYSPROJEKTINA

Uuden yhteiskunnan terveyden eetos

Kun vuoden 1907 eduskuntavaaleissa suomalaiset saapuivat ensimmäistä kertaa tasa-arvoisina, äänioikeutettuina kansalaisina vaaliuurnille, vaalihuoneistojen ympäristöt mobilisoitiin samalla terveyskasvatuksen näyttämöiksi ja kansalaisia kehotettiin antamaan roponsa kansalliskeräykseen keuhkotaudin vastustamiseksi.[1] Vaalikeräys, josta sittemmin muotoutui vakiintunut käytäntö,[2] symboloi *terveyskansalaisuuden* ja täysivaltaisen *poliittisen kansalaisuuden* yhteenkietoutumista. Äänioikeutta kuvattiin poliittiseksi täysikäisyydeksi ja sen todettiin

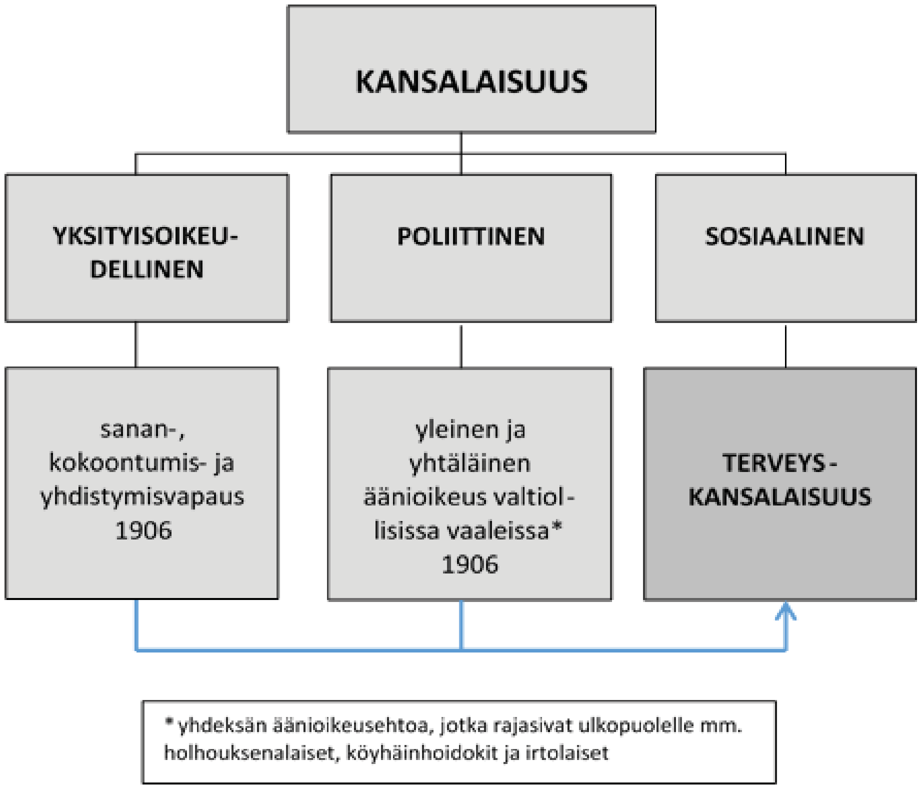
1 Esim. Söderström, Werner, Vaalipäivän muistolahja. Uusimaa 11.2.1907 no 17; Taistelu keuhkotautia vastaan. Pohjois-Suomi 22.2.1907 no 22; Keuhkotautia vastustamaan. Työmies 1.3.1907 no 51; Antakaa roponne keuhkotaudin vastustamiseksi. Tampereen Sanomat 16.03.1907 no 63.

2 Härö 1992, 25–26. Pienen eleen historia 2013; Ruotsalainen, Armas, Vähävaraisten Keuhkotautisten Avustamisyhdistys r.y. 15-vuotias. Duodecim 4/1923, 129–149.

edellyttävän ”yksilön siveellisesti vapaata, itsetietoista ja persoonallista toimintaa valtion yksilöä korkeampia tarkoituksia varten”.[3] Yhtä lailla terveyden edistämisen katsottiin vaativan kansalaisilta heräämistä, vastuullisuutta ja velvollisuuden täyttämistä.[4]

Vuoden 1905 suurlakon synnyttämään yhteiskunnalliseen murrokseen kytkeytyi Suomessa kansalaisuuden mittava uudelleenmäärittely (kuvio 3). Samalla, kun äänioikeus loi mahdollisuudet poliittiseen vaikuttamiseen ja kansalaisvapaudet ainakin periaatteessa turvattiin lainsäädännöllä,[5] myös kysymys terveyteen liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista nousi uudella tavalla yhteiskunnallisen keskustelun kohteeksi. Virkamiesten ohella kansan edustuksen välineeksi muotoutuneet poliittiset puolueet määrittelivät kantojaan valtion ja kuntien vastuulle kuuluvien terveyspalvelujen ja toisaalta perheiden oman vastuun piiriin kuuluvien tehtävien välisestä rajanvedosta. Samalla käytiin keskustelua siitä, pitikö terveysoloja kehittää velvoittavan lainsäädännön vaiko vapaaehtoisuuden pohjalta.

3 Harjula 2006, 368–381. Sitaatti: Erich, R., Yleisen äänioikeuden ”rajoituksista”. Lakimies 3/1908, 126.
4 ReijoWaara, Konr., Liittoon nuoret ja vanhat Suomen kansan terveyttä suojelemaan ja nostamaan. THL 7–8/1906, 97–101 ja 9/1906, 129–134; ReijoWaara, Konr., Piirteitä terveydenhoitoaatteen kehityksestä Suomessa. Duodecim 11/ 1906, 263–281.
5 Smeds & Stenius 1987, 69; Alapuro & Stenius 1987, 40–43.



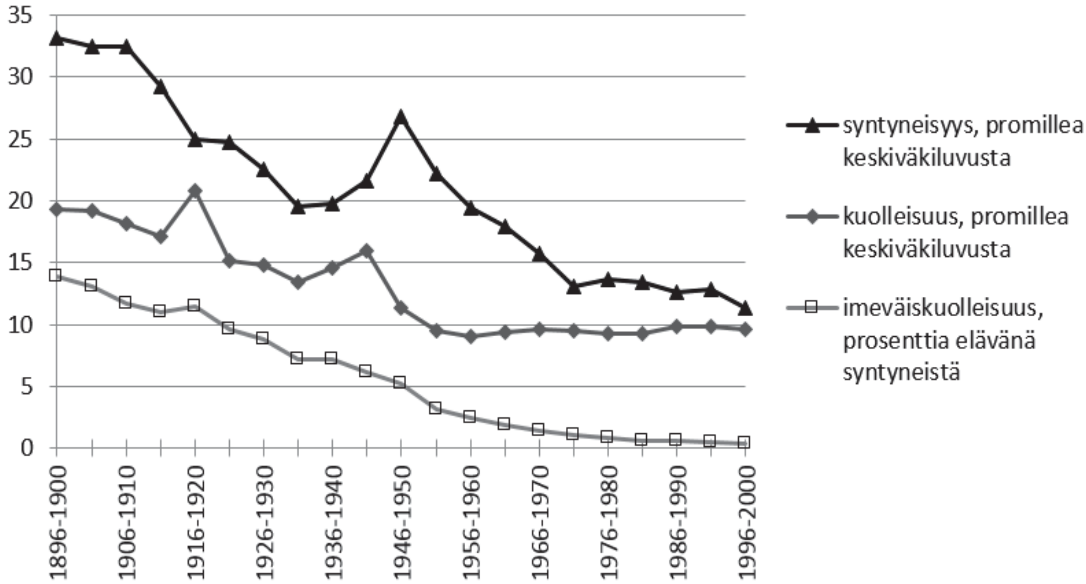
Kuvio 3. Terveyskansalaisuus kansalaisuuden osana 1900-luvun alussa[6]

Olosuhteet, joissa terveyskansalaisuutta lähdettiin 1800- ja 1900-lukujen taitteessa rakentamaan, olivat karkeasti ottaen verrattavissa kehitysmaiden tilanteeseen sata vuotta myöhemmin. Vaikka 1860-luvun nälkävuosien kuolleisuushuipun jälkeen kuolleisuus alkoikin laskea, edelleen 1920-luvulle tultaessa joka kymmenes vauva menehtyi ennen ensimmäistä ikävuottaan (kuvio 4) ja vastasyntyneen keskimääräinen laskennallinen elinikä jäi alle 50 vuoden.[7] Kuolinsyytilastojen mukaan pahimpia terveysongelmia olivat keuhkotauti eli keuhkotuberkuloosi sekä äkilliset tartuntataudit, ennen muuta oheisessa taulukossa 1 kuumetautien ryhmään sisältynyt lavantauti sekä rokot. Lääketieteellisen asiantuntemuksen rajallisuudesta kertoo se, että kuolinsyytiedot pohjautuivat maaseudulla papiston raportteihin ja että peräti 2/3 kaikista

6 Harjula 2006; Harjula 2010, 4–19. Äänioikeusehtojen kytkeytymistä terveyteen tarkastellaan alaluvussa *Köyhäinhoito vs. visio ilmaispalveluista ja sairausvakuutuksesta.*

7 Koskinen et al. 2007, 328, 333–335.

tapauksista sijoitettiin tarkemmin erittelemättöminä syyryhmään *muut taudit*.[8]



Kuvio 4. Syntyvyys, kuolleisuus ja imeväiskuolleisuus Suomessa 1896–2000[9]

Taulukko 1. Kuolemansyyt Suomessa 1891–1920[10]

	1891–1900	1901–10	1911–20
keuhkotauti	13.5	15.7	14.2
kuumetaudit	9.4	8.5	11.2
punatauti ja kolera	0.7	0.5	0.4
tulirokko ja tuhkarokko	7.9	4.9	2.4
isorokko	0.5	0.1	0.3
lasten vatsuri	2.6	3.7	2.3
lapsivuode	0.9	0.7	0.6
tapaturmat, väkivalta, itsemurha	2.8	3.2	5.8
mielenviat	0.1	0.2	0.2
muut taudit	61.6	62.5	62.6
yht.	100.0	100.0	100.0

8 Idman, R., Kuolemantodistuksista. Duodecim 3–4/1912, 112–130; SVT VI:66:2. Väestötilastoa. Väestönmuutokset vuosina 1921–1925, 59; Savonen, Severi, Suomen kuolemansyytilaston uusiminen. Duodecim 2/1931, 144–152; Koskinen & Martelin 2007, 180–181.
9 Koskinen et al. 2007, 326–328, 333.
10 SVT VI:66:2, 60.

Lääkäreiden, kätilöiden ja hammaslääkäreiden pätevyysvaatimusten määrittelyllä terveydenhuolto pyrittiin rajaamaan koulutuksen saaneiden ammattilaisten toimintakentäksi (taulukko 2). Suuri osa väestöstä eli kuitenkin virallisten terveyspalveluiden ulkopuolella. Kansanparantajien hoidot, rohdoskauppiaiden patenttilääkkeet sekä muu puoskaroinniksi nimetty toiminta kilpaili siten terveysviranomaisten kanssa kansan luottamuksesta ja terveystiedon määrittelystä.[11]

Taulukko 2. Terveyslainsäädäntö 1900-luvulle tultaessa[12]

Hallinto

- 1878 lääkintöhallitus
- 1879 kunnalliset terveyslautakunnat

Viranhaltijat

- 1832, 1857 piirilääkäriasetus
- 1879 asetus kätilöistä
- 1883 rokotusasetus: rokottajat
- 1890 asetus lääkäritoimesta
- 1893 asetus hammaslääkäritoimesta

Tarttuvat taudit

- 1879 terveydenhoitoasetus
- 1883 pakollinen isorokkorokotus
- 1894 asetus kuppatautien torjumisesta

Sairaalat

- 1879 asetus yleisistä siviilisairaaloista
- 1889 asetus mielisairaiden hoitolaitoksista
- 1892 asetus synnytyslaitoksista

Valtion sairaaloita, synnytyslaitoksia ja mielisairaanhoitoa säädeltiin lailla, mutta muutoin sairaanhoidollisten palveluiden tarjonta perustui pääasiassa paikallisiin ratkaisuihin ja yksityisyrittäjinä alalla toimivien ammattilaisten praktiikkatoimintaan. Kun sekä ammatilliset että taloudelliset resurssit olivat niukat ja lääketieteen tarjoamat hoitokeinot ylipäätään varsin rajalliset, sairauksien parantamisen ja hoito-organisaation rakentamisen sijaan painopiste asetettiin tautien ennaltaehkäisyyn.

11 Suolahti, Eino, Puoskarintoiminnasta Suomessa. Duodecim 9–12/1921, 246–263; Oittinen 1995; Rytty 2009, 174–187.
12 Bergstedt 1907.

Hygienia eli ennaltaehkäisevä terveydenhoito-oppi nousi 1800-luvun lopulla lääketieteessä hallitsevaksi oppialaksi, ja myös suomalainen terveyslainsäädäntö keskittyi tarttuvien tautien ennaltaehkäisyyn. Terveydenhoitoasetus (1879) velvoitti kunnat raportoimaan viikoittain äkillisistä tartuntatautitapauksista senaatin alaisuudessa toimivalle lääkintöhallitukselle, ja isorokkorokotuksen ohella epidemioita pyrittiin ennaltaehkäisemään valtiollisten piirilääkäreiden sekä kunnallisten terveyslautakuntien harjoittaman valvontatyön avulla.[13]

Terveys ei ole yksityinen vaan yhteiskunnallinen kysymys

> (…) terveys ei ole meille tärkeä ainoastaan yksityisinä henkilöinä, *vaan myöskin koko kansana*. Se on yksi kansamme olemassa olon tärkeimmistä takeista.[14]

> Meidän tulee muistaa, että terve kansa myöskin on voimakas kansa.[15]

> Pienen, epäedullisissa oloissa elävän kansan velvollisuus itseään kohtaan on huolellisesti suojella ja tehokkaasti kehittää heikoimpia jäseniä. Se on Suomenkin kansan elinehtoja.[16]

Terveyskeskustelun lähtökohtana vuosisadan vaihteessa oli terveyden yhteiskunnallisuus: terveys ei ollut yksityisasia vaan koko kansan elinvoiman, menestyksen ja tulevaisuuden tae.[17] Valtakunnan voiman riippuvuus väestön määrästä ja terveydestä todettiin havaitun jo 1600-luvun lopulla lääkintöhallituksen edeltäjää, Collegium Medicumia perustettaessa.[18] Kansallisuusaate ja poliittinen tilanne antoivat näke-

13 Lehtonen 1995a; Harjula 2003; Harjula 2007; Jauho 2007; Vuorinen 2006; Tiitta 2009.

14 T.L., Miten voisivat nuorisoseurat edistää terveyden hoitoa maassamme? THL 6–7/1901, 81. Kursiivi alkuperäinen. Myös esim. Kansan terveys kansallisuuden lujin turva. THL 4/1907, 53.

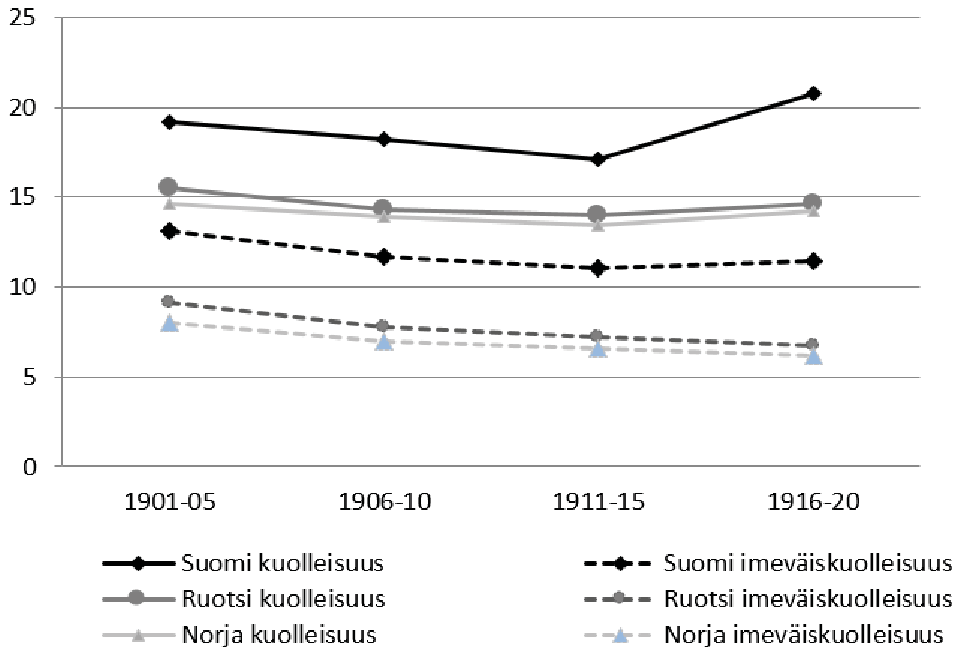
15 Takaharjun parantolan peruskiven laskeminen. Duodecim 8–9/ 1901, 242.

16 Tunkelo 1911, 641.

17 Esim. VP 1907, PK I, 325; J.T., Valtion velvollisuus varattomia sairaita kohtaan. Pohjois-Suomi 15.3.1907 no 31.

18 Koskimies 1908, 354; Palmén 1921, 12–15; Helén 1997, 53–57.

mykselle uudenlaista painoarvoa. Terveydenhuoltotyön välttämättömyyttä perusteltiin väkiluku-, kuolleisuus- ja sairastavuustilastoilla. Tilastojen avulla maat, kansat ja paikkakunnat voitiin asettaa hygieenisen vertailun kohteeksi ja paremmuusjärjestykseen. Samalla, kun tilastoitu tieto määritteli normin, se paikallisti puutteet ja ongelmat.[19] Kotimaiset saavutukset punnittiin vertaamalla niitä *sivistyskansojen* aikaansaannoksiin, ja vertailukohdaksi nousivat erityisesti muut Pohjoismaat, joissa kuolleisuus oli selvästi alhaisemmalla tasolla (kuvio 5).[20] Pauli Kettunen on korostanut, että sivistysmaita voitiin käyttää sekä osoittamaan kotimaan olojen takapajuisuutta että ennakoimaan tulevaisuutta korostamalla oman maan kehitysvauhtia ja -tasoa.[21] Sivistysmaihin kiinnittyminen loi kansallista identiteettiä ja toimi samalla erottautumiskeinona emämaa Venäjästä, joka puolestaan nimettiin lapsikuolleisuuden synkimmäksi alueeksi sekä kolera- ja isorokkopesäksi.[22]



Kuvio 5. Kuolleisuus (promillea) ja imeväiskuolleisuus (100 elävänä syntynyttä kohden) Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa 1901–1920[23]

19 Hietala 1992, 38–41, 69–70, 95–96; Kettunen 1994, 56–58.
20 Esim. Relander, Konr., Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 6–9.
21 Kettunen 2001a.
22 Oker-Blom 1909; Löfqvist 1910, 639; Ylppö 1921, 345–346; Streng 1921, 571, 577. Vrt. Rasimus & Alasuutari 2009, 155.
23 Koskinen et al. 2007, 326, 333; Mitchell 1975, 118–119, 131.

Terveyden kansallinen merkitys konkretisoitiin esittämällä yksityiskohtaisia laskelmia siitä, kuinka suuri kansantaloudellinen tappio ihmishenkien ja työpäivien menetyksestä koitui. Vuosisadan vaihteessa korostettiin, että naapurimaiden tason saavuttaminen pelastaisi vuosittain peräti 20 000 henkeä ennenaikaiselta kuolemalta ”isänmaan palvelukseen” ja tuottaisi siten miljoonien markkojen vuotuiset säästöt.[24] Terveysolojen kohentaminen nähtiin paitsi kansantaloudellisena kysymyksenä myös yhteiskunnan moraalisena velvollisuutena, kunnia-asiana. Siksi sivistyskansojen tai kulttuurimaiden kehitysvauhdista putoaminen tulkittiin häpeälliseksi takapajuisuudeksi.[25] Esimerkiksi suomalaisen lääkäriseuran Duodecim-lehdessä sairaalarakentamisen välttämättömyyttä painotettiin vuonna 1907 seuraavasti:

> Valtion, sivistyneen yhteiskunnan ehdoton velvollisuus on pitää huolta sairaistansa (…) Jos näin ei ole laita, laiminlyö valtio tämän tärkeän tehtävänsä vahingoksi koko yhteiskunnalle. Jos meidän maassamme, niinkuin missä sivistyneessä maassa tahansa, joku kansalainen kuolee nälkään, pidetään tällaista tapausta kansallisena häpeänä niinkuin se kieltämättä onkin – ja koko yhteiskunta tuntee itsensä pakoitetuksi ryhtymään toimenpiteisiin (…). Mutta kuinka monia satoja ja tuhansiakin kuolee tai sairastaa vuosittain sairashoidon puutteessa ilman, että valtion tai yksityisten puolelta on ryhdytty tarpeellisiin tarmokkaisiin toimenpiteisiin olevien epäkohtien poistamiseksi.[26]

Inhimillisyyden ja kristillisen lähimmäisenrakkauden ohella huolenpitoa sairaista ja muista kovaosaisista perusteltiin vetoamalla kansalaisen ja valtion erityiseen suhteeseen. Ensimmäisillä valtiopäivillä mielisai-

24 KM 1892:8, 18–19; Takaharjun parantolan peruskiven laskeminen. Duodecim 8–9/1901, 236–237; Relander, Konr., Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 6–9; Lehtonen 1995b, 21–24.

25 Esimerkiksi eduskuntakeskusteluissa synnytyskuolleisuus todettiin ”yhteiskunnan kunnialle käyväksi” epäkohdaksi. VP 1907, Liitteet VI, 13, Anom. ehd. no 121; VP 1907, A V, Anomusmiet. no 7, Anomusvaliok. miet. no 3, 2; VP 1914, PK II, 614; VP 1914, Liitteet IV, 7.

26 Winter, G. J., Mihin suuntaan on n.k. yleisten sairastalojen vastainen kehitys käyvä? Duodecim 3/1907, 93.

rashoitoloiden perustamista puollettiin korostamalla, että myös mielisairaat olivat kansalaisina oikeutettuja yhteiskunnan huolenpitoon:

> (…) yhteiskunnan täytyy voimiensa mukaan antaa näille jäsenilleen (…) sellaista hoitoa, joka antaa heille oikeuden tuntea (…) olevansa sivistyneen yhteiskunnan jäseniä. (…) Suomen ensimmäinen yleisillä vaaleilla valittu eduskunta (…) voisi pysyväksi muistomerkiksi pystyttää näille onnettomille kansalaisille kodin, jossa he voisivat tuntea kotona olevansa.[27]

Kansalaisen vastapainona aikakauden sanastossa käytettiin termejä *valtio*, *yhteiskunta* sekä toisinaan myös *kansa* rinnakkaisina, toisiinsa limittyvinä termeinä. Pertti Haapala on todennut *valtio-* ja *kansa* -käsitteiden päällekkäisyyden selittyvän suomalaisen valtiollisen ja etnisen identiteetin sekä demokratisoitumiskehityksen tasatahtisuudella.[28] Pauli Kettunen on puolestaan korostanut termien *valtio* ja *yhteiskunta* rinnakkaisuutta ja todennut, että *yhteiskunta* loi erityisen näkökulman kansan ja valtion muodostamaan kokonaisuuteen: fennomaanisessa ajattelussa yhteiskunta merkitsi kokonaisuutta, johon myös valtio kuului. Samalla *yhteiskunta*-termi asetti vaatimuksen moraalisesta suhteesta valtion ja kansan välillä.[29]

Käytetyn terminologian myötä terveyden kohentaminen määrittyi itsestään selvästi yhteiseksi tehtäväksi: työ ei kuulunut yksinomaan valtion virkamiehille ja terveysalan ammattilaisille vaan yhtä lailla ratkaisevaa oli yksittäisen kansalaisen panos. Ajatus yhteistyöstä ja työnjaosta konkretisoitui tavassa, jolla terveydenhuolto aikakauden sanastossa jaoteltiin *yksityiseen* ja *yleiseen*: *yksityinen hygienia* eli kotien puhtaus ja terveelliset elintavat kuuluivat perheiden vastuulle, kun taas *yleinen hygienia* – jolla tarkoitettiin elinympäristön terveydestä huolehtimista mm. viemäröinnin, jätehuollon sekä rakentamisen ja elintarvikekaupan säätelyn avulla – nimettiin valtion ja kunnan tehtäväksi. Käsitteellä *yksityinen sairashoito* viitattiin sairauksien pa-

27 VP 1907, Liitteet VI, 17, Anom. ehd. no 32.
28 Haapala 1998.
29 Kettunen 2003, 182–184; Kettunen 2009b. Myös: Stråth 2005.

rantamiseen yksilötason hoitotapahtumana, ja *yleisellä sairashoidolla* tarkoitettiin sairaanhoitoa julkisena palvelujärjestelmänä. Kaiken kaikkiaan *yksityisen* ja *yleisen* todettiin kuitenkin olevan terveyden alalla toisiinsa kietoutuneita ja rajoiltaan liukuvia toimintakenttiä.[30] Juuri *kansan* käsite nivoi yksityisen kansalaisen terveyden tiiviiseen yhteyteen yleisen terveydenhuollon kanssa.

Kansa herätettävä terveydensuojelutyöhön

> Tuntuu (…) siltä, että pyrinnöt kansan terveyskannan kohottamiseksi ovat juuri tätä nykyä entistä suurempaan vauhtiin pääsemäisillään. Ja kumma tosiaankin, jos olisi toisin tänä maamme herätyksen ja uudistusten aikana. (…) Terveydenhoidon alalla ei voida toivoa hyviin tuloksiin päästävän ennenkuin saadaan kaikki mukaan kaikkia yhtä likeisesti koskevaan, kansan terveyden suojelutyöhön. (…) Suomen kansa on kasvatettava tätä selvästi käsittämään. Suomen kansa on herätettävä terveydenhoidonkin alalla itsetietoisuuteen ja aktiiviseen toimintaan.[31]

Kansan kohottaminen ja herättäminen itsetajuntaan oli suurlakonjälkeisessä Suomessa toistuvasti esitetty vaatimus.[32] Terveyden näkökulmasta kansan herättäminen merkitsi ensinnäkin kansan valistamista terveellisen elämän periaatteista. Suomalaista tuberkuloosivalistusta tutkinut Mikko Jauho on antropologi Charles L. Briggsin tavoin korostanut, että terveydenhoito-opin tietosisällön eli ruumista, terveyttä ja sairautta koskevien faktojen sisäistäminen oli valistumisen perusta. Sen lisäksi valistuneen kansalaisen tuli omaksua hygieeniset käytännöt ”toiseksi luonnoksi” eli osaksi jokapäiväistä elämää. Anssi Halmesvirta

30 Esim. KM 1892:8, 3, 23; KM 1908:7, 24; Taskinen 1910, 486; M. O-B 1917, 1452–1453; Relander, Konr., Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 3–6; Vuolio 1992, 9.

31 ReijoWaara, Konr., Piirteitä terveydenhoitoaatteen kehityksestä Suomessa. Duodecim 11/1906, 279–280.

32 Fennomaanisesta kansalaiskasvatuksesta ks. Sulkunen 1986, 36–39. Kansansivistys puolueohjelmissa ks. Stenius, 2003, erit. 352–354. Suurlakosta: Haapala, Pertti et al. 2008. Köyhäinhoidon ja sosiaalityön näkökulmasta: Satka 1995, 14–30.

on tiivistänyt vuosisadan vaihteen terveysvalistuksen perusviestin seuraavasti: ”Tullakseen todella kansalaiseksi jokaisen suomalaisen yksilön oli opittava huolehtimaan ruumiinsa ja sielunsa terveydestä ja työkykyisyydestä.” Valistuneisuus merkitsi vastuunottoa omasta terveydestä, mutta samalla lääketieteen ammattilaisten auktoriteetin tunnustamista.[33]

Ensimmäiset suomenkieliset suurelle yleisölle suunnatut terveysoppaat julkaistiin jo 1700-luvun lopulla,[34] mutta 1800- ja 1900-lukujen taitteessa terveysvalistusjulkaisujen volyymi kasvoi kokonaan uudelle tasolle. Valistuksen pääkanavina toimivat lääkäriseuran julkaisema Terveydenhoitolehti (1889-) ja hygienian professori Wilhelm Sucksdorffin päätoimittama Tidskrift för Hälsovård (1891–1918).[35] Valistuksen sisältö kattoi koko elämänpiirin asunnon siivoamisesta ja syöpäläisten torjunnasta terveelliseen vaatetukseen, ravintoon, juomaveteen, imetykseen ja pikkulasten hoitoon. Tuberkuloosivalistuksen mittasuhteet ylsivät omaan luokkaansa: jo ensimmäistä valistusjulistetta ”Tietoja ja neuvoja keuhkotaudin (tuberkuloosin) vastustamiseksi” painettiin vuonna 1893 noin 25 000 kappaletta ja 1930-luvun loppuun mennessä erilaisia tuberkuloosijulkaisuja on laskettu levitetyn peräti lähes 3 miljoonaa kappaletta. Yksinomaan tuberkuloosivalistuksen on todettu tavoittaneen jokaisen kodin.[36] Aikakauden hygieniakampanjaa onkin luonnehdittu jopa eräänlaiseksi muotivillitykseksi, joka kattavuudeltaan vertautui lukutaidon juurruttamiseen.[37]

Suurlakon myötä jokaisen henkilökohtaista vastuuta terveydestä laajennettiin yksityisen sfäärin ulkopuolelle vaatimuksella, jonka mukaan kansalaisten tuli ”herätä yhteisvoimin valvomaan etujaan” terveyden saralla.[38] Terveydenhoitolehden mukaan:

33 Briggs (2003) käyttää käsitettä sanitary citizen. Jauho 2007, 348–371; Halmesvirta 1995, 15; Jauho 2004, 97–103.

34 Mikkeli 1995, 112–113.

35 Lehtonen 1995a, 209–213; Ignatius 2012, 618–649.

36 KM 1900:8, 38–39; Kuusi 1995, 29; Härö 1992, 15.

37 Taipale 1972, 32–37; Ignatius 2012, 127.

38 Relander, Konr., Liittoon nuoret ja vanhat Suomen kansan terveyttä suojelemaan ja nostamaan. THL 7–8/1906, 97–101; ReijoWaara, Konr., Kertomus Suomen kansallisen Terveysliiton synnystä, kehityksestä ja toiminnasta 1906–1910. Duodecim 10 /1910, 403–404.

> Kohta on joka mies ja nainen, niinhyvin valtiollisella kuin kunnallisen itsehallinnonkin eri aloilla, astuva täysivoimaisena oman onnensa ohjaksiin. Mutta jos millään alalla, kansalaisten on syytä ottaa johdon omiin käsiinsä, niin on se terveyden ja sairaanhoidon kaikilla aloilla.[39]

J. V. Snellmaniin vedoten tavoitteeksi asetettiin *kansan hengen* leimaama terveydenhuolto.[40] Piirilääkäri Konrad ReijoWaara korosti lääkärikollegoilleen, että:

> yleinen terveydenhoito ei voi koskaan kehittyä tarkoitustaan vastaavaksi yksistään virkamiesten ja viranomaisten ohjaksissa. Täytyy ehdottomasti saada itse kansakin mukaan, itsetietoisena ja tarkoitusperistä täysin selvillä olevana, ottamaan omantakeisesti terveydenhoitoasioittensa järjestämisen omiin käsiinsä ja luomaan toimenpiteisiin omaa henkeään, omaa käsitystään siitä, miten sen tarpeet tällä alalla olisivat tarkoituksenmukaisimmin ja sopusoinnussa kansan katsantotapojen, tottumuksien ja varallisuussuhteiden kanssa tyydytettävät.[41]

Lähtökohtana oli ajatus siitä, että valtio – jolla tässä tapauksessa tarkoitettiin keisaria, senaattia ja lääkintöhallitusta – oli virkavaltainen ja vanhoillinen, kun taas kunta itsehallinnollisena paikallisyhteisönä sekä paikalliset yhdistykset kansalaisten yhteenliittyminä saattoivat edustaa kansan tahtoa. Vaikka valtiolla katsottiinkin olevan periaatteessa vastuu kansalaistensa terveydestä huolehtimisesta, ”virkakoneiston lukuisiin muodollisuuksiin sidotun toiminnan” hitauden ja joustamattomuuden takia todettiin tarvittavan myös kunnallisia ja yksityisiä toimia.[42]

39 ReijoWaara, Konr., Liittoon nuoret ja vanhat Suomen kansan terveyttä suojelemaan ja nostamaan. THL 7–8/1906, 101.
40 ReijoWaara, Konr, Piirteitä terveydenhoitoaatteen kehityksestä Suomessa. Duodecim 11/1906, 280.
41 ReijoWaara käytti sukunimeä Relander vuoteen 1906 asti. ReijoWaara, Konr, Mitä voisi ja mitä tulisi Duodecim seuran tehdä käytännöllisen terveydenhoitotyön edistämiseksi maassamme. Duodecim 5/1910, 153.
42 Esim. VP 1908, A III, Anom. miet. no 8, Talousvaliok. miet. no 5, 3; VP 1910, PK II, 780; VP 1910, A V:2, Anom.miet. no 11, Talousvaliok. miet. no 3, 5–6.

Luottamuksen kehä
– paikallinen vapaaehtoisuus terveyspalveluiden perustana

Kansan kasvattaminen nähtiin terveyspalveluiden rakentamisen ehtona. Kansan tuki ja myötämielisyys katsottiin olevan saavutettavissa vain, mikäli uudistukset toteutettiin kansan sivistymisen ja velvollisuudentunnon kasvun kanssa samassa tahdissa. Esikuvaksi nostettiin Englanti, jonka toimien 1830-luvun koleraepidemian aikana todettiin merkinneen ”terveydenhoidon alkamista sivistyneessä maailmassa järjestelmällisenä yhteiskuntatoimintana”. Juuri Englannin ansiona nähtiin terveydenhuoltotyön kansanomainen ote, joka sai kansan nurkumatta mukautumaan yhteisen edun nimessä annettuihin määräyksiin.[43]

Kansan valistuneisuuden katsottiin samanaikaisesti sekä mahdollistavan terveyteen liittyvät velvoitteet että tekevän ne tavallaan tarpeettomiksi. Kyse oli eräänlaisesta ”luottamuksen kehästä”: kun terveystiedon omaksunut, valveutunut kansa ymmärsi vastuunalaisuutensa, velvollisuuksista tuli ”pakko vain sille, jolla ei ole ymmärrystä näkemään sen tarpeellisuus”:

> Ensimmäinen askel päämaaliamme kohti on, että kansan yleinen sivistyskanta tulee kohoamaan. Silloin (…) rupee kansa paremmin tajuamaan terveydenhoidon tarpeellisuutta ja mielellään alistumaan sen määräyksiin. Kokemus osoittaa näet, että kuta vapaampi ja valistuneempi yhteiskunta on, sitä ankarammat voivat terveydenhoidon määräykset olla ja sitä paremmin niitä valvotaan ja noudatetaan, synnyttämättä nurjamielisyyttä ja vastarintaa.[44]

> Altis kuuliaisuus (..) ankarille säännöille perustuu siihen edellytykseen, että yksityiset yhteiskunnan jäsenet ymmärtävät terveydellisten toimenpiteitten välttämättömyyden ja nähdäänkin, että kuta enemmän sivistys, vapaus ja lainkuuliaisuus ovat vallitsemassa

43 Kulovesi 1923, 525–526.
44 Duodecim-seuran yhdeksästoista vuosikokous marraskuun 17 p. 1900. Duodecim 1/1901, 23.

kansan keskuudessa, sitä helpompi on panna toimeen terveydenhoitolakeja ja sitä alttiimmin niitä totellaan.[45]

Keskinäiseen vastuullisuuteen kasvaminen nimettiin edellytyksenä myös sosiaalivakuutuksen toteuttamiselle. Vakuutustarkastajana ja suomalaisen puolueen kansanedustajana toimineen Onni Kallian mukaan korkeammalla sivistyskannalla olevan kansalaisen tunnusmerkkinä oli hetken tarpeet ylittävä taloudellinen pitkäjänteisyys.[46] Sosiaalivakuutusta koskevassa keskustelussa pakko miellettiin kasvatukselliseksi keinoksi. Esimerkiksi työkyvyttömyys- ja vanhuusvakuutuksen järjestämistä suunnitellut invaliditeettikomitea korosti vuonna 1908, että vain sivistynein osa työväkeä ymmärsi vapaaehtoisen vakuutuksen merkityksen, mutta juuri ne, jotka eniten vakuutusta tarvitsivat, jättäytyivät sen ulkopuolelle. Komitean ajatus pakollisesta järjestelmästä, joka olisi vakuutusmaksuillaan pakottanut alemmallakin kehitystasolla olevat ottamaan vastuuta tulevasta toimeentulostaan, jäi kuitenkin tuolloin toteutumattomaksi ehdotukseksi.[47]

Terveyspalveluiden osalta ylhäältä päin määrätyt, paikalliset olosuhteet ja kansan sivistystason sivuuttavat ”ennenaikaiset” velvoitteet miellettiin tuloksettomiksi.[48] Siksi kuntia ei katsottu voitavan velvoittaa terveyspalveluiden tarjoamiseen. Laaja keskustelu asiasta käytiin eduskunnassa vuonna 1907, kun Suomalaisen puolueen naisten aloitteessa vaadittiin kätilöiden palkkaamista kunnan lakisääteiseksi tehtäväksi. Äitiys todettiin tuolloin isänmaalliseksi palvelutehtäväksi, jonka periaatteessa myönnettiin velvoittavan kuntia kätilöiden saatavuuden turvaamiseen. Ajankohtaa ei kuitenkaan pidetty soveliaana uudistuksen totuttamiseen, sillä maalaiskansan ei katsottu olevan kypsä vastaanottamaan pakkolakia. Siksi kätilöiden tarve haluttiin

45 Hjelt, Otto E. A., Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. Duodecim 11–12/1911, 412–413.
46 Kallia 1908, 7–8; Kallia 1911, 689; Kallia 1922, 7–8; Hallsten 1925, 362–363.
47 Hannikainen 2012b, 39–41; Hannikainen 2012c, 479–480; Hannikainen 2013, 302–304.
48 Esim. ReijoWaara, Konr., Piirteitä terveydenhoitoatteen kehityksestä Suomessa. Duodecim 11/1906, 271–273, 276, 281.

saada aluksi tunnustetuksi vapaaehtoisuuden turvin.[49] Kuvaavaa on, että erittäin varauksellista kantaa edustanut Maalaisliiton Kalle Kustaa Pykälä syytti ehdotuksen tehneitä naisedustajia täysin nurinkurisesta etenemisjärjestyksestä:

> onko Suomen Naisyhdistys ja naisliikkeen etunenässä kulkevat naiset jo mitään muuta tehneet asian hyväksi, vai yhtyvätkö yhtä kyytiä lainlaadintaan (…) En ole ainakaan nähnyt yhtään lentokirjasta kansannaisten kädessä kulkemassa, jossa olisi selitetty tämän asian aakkosiakaan (…) Ei tämä asia ole sillä korjattu, että asetetaan yksi tai kaksi kätilöä kuntiin. (…) pääpaino on sittekin laskettava siihen, että herätetään kansan itsetietoisuutta luennoilla ja lentokirjasilla. Jos näin tapahtuu, silloin on voitettu paljon, eikä silloin minun käsitykseni mukaan tarvitse enään ryhtyä mihinkään pakkotoimenpiteisiin tässä asiassa.[50]

Kätilökeskustelun lopputuloksena eduskunta päätyi anomaan hallitukselta selvitystä siitä, missä määrin ja milloin kätilökysymyksessä olisi soveliasta ryhtyä kuntien velvoittamiseen.[51] Myös kunnanlääkäreiden palkkaamista pohdittaessa vuonna 1909 eduskunnan hallitsevaksi kannaksi jäi, että kuntia ”ei voitane” pakottaa hankkimaan lääkäriä.[52] Pakkotoimien sijaan kuntia kannustettiin kätilöiden ja kunnanlääkäreiden palkkaamiseen myöntämällä niille valtionapua.[53] Mikko Jauho onkin korostanut, että alalle jo 1880-luvulla vakiintuneet valtionapukäytännöt olivat kompromissi valtiolliseen säätelyyn vedonneiden ja kuntien itsenäisyyttä korostaneiden ryhmittymien välillä. Valtionapu tunnusti kuntien itsehallintoperiaatteen, mutta tarjosi samalla keinon lisätä valtion ohjausta paikallisen terveydenhuollon järjestämisessä.[54]

49 VP 1907, Liitteet VI, 13, Anom. ehd. no 121; VP 1907, A V, Anom.miet. no 10, Anomusvaliok. miet. no 5; VP 1907, PK IV, 2258–2276.
50 VP 1907, PK IV, 2268.
51 VP 1907, A V, Anomusmiet. no 10, Anomusvaliok. miet. no 5, 3, Suomen eduskunnan alamainen anomus.
52 VP 1909 II, A V, Anomusmiet. no 24, Suomen Eduskunnan alamainen anomus, 2.
53 KM 1912:5, 13–14; Vuolio 1992, 27–34.
54 Jauho 2004, 90–96; Pulma 1996, 11.

Varovaista, paikalliseen aloitteellisuuteen pohjautuvaa etenemistä terveyspalveluiden rakentamisessa perusteltiin osaltaan vetoamalla puutteellisiin resursseihin ja vähäiseksi arvioituun kysyntään. Esimerkiksi läänikohtaisten tuberkuloosiparantoloiden perustamista vuonna 1907 pohtineen valiokunnan tilannearvio oli, että puuttui varaa, kokemusta, lääkäreitä ja mahdollisesti parantoloihin pyrkijöitäkin.[55] Kun tietämys taudista ja sen tarttuvuudesta oli heikkoa, sairaalahoito ilman panostusta ennaltaehkäisyyn nimettiin toisarvoiseksi asiaksi. Hoitoonpääsyn turvaamisen sijaan ensisijaiseksi tavoitteeksi asettui terveysaatteen juurruttaminen kansaan.[56]

55 VP 1907, A V, Anomusmiet. no 8, Anomusvaliok. miet. no 4, 2–3. Myös: KM 1900:8, 71.

56 Esim. VP 1910, A V, Anomusmiet. no 11, Talousvaliok. miet. no 3, 3–4; Harjula 2003, 75–79.

2. KERROKSELLINEN KANSA JA VALISTUKSEN RAJAT

Unelma koko kansan terveysliitosta

Kun Konrad ReijoWaara, lääkäriseura Duodecimin ja Terveydenhoito-lehden johtohahmo,[57] käynnisti vuonna 1906 suurisuuntaisen hankkeen terveysaatteen levittämiseksi koko maahan, hänen mukaansa pääongelmana oli, miten "kansamme kaikki kerrokset" voisi saada herätetyiksi.[58] Ajatus väestön jakautumisesta eri kerroksiin oli sääty-yhteiskunnassa itsestäänselvyys, osa yhteiskunnan itseymmärrystä.[59] Ilkka Liikanen ja Olli Löytty ovat korostaneet, että säätyajattelussa *kansa* miellettiin sivistyneistön varjelusta kaipaavana kategoriana: "kansaa olivat ne, joita piti auttaa, valistaa ja kasvattaa".[60] Fennomaanisen kansanvalistusprojektin osana terveysvalistuksen kohteeksi määrittyikin alin kansankerros eli rahvas. Tavoitteena oli kasvattaa rahvaasta työteliäs, velvollisuudentuntoinen kansalainen, joka hyväksyi paikkansa yhteiskunnan kokonaisuudessa.[61]

57 Hietala 2000; Halmesvirta 1995.
58 ReijoWaara Konr., Kertomus Suomen kansallisen Terveysliiton synnystä, kehityksestä ja toiminnasta 1906–1910. Duodecim 10/1910, 404.
59 Anttila et al. 2009, 25; Ruuska 2009, 67–68.
60 Liikanen 2003, 271, 284; Löytty 2009, 142.
61 Esim. Sulkunen 1986, 38–39; Kokko 1998, 48–53; Jauho 2003, 158, 170.

Suomen kielen kansa-käsitteellä voitiin viitata yksinomaan alaluokkaan eli rahvaaseen (*allmoge*), mutta yhtä lailla sillä voitiin kuvata koko kansakuntaa (*natio*) tai maan kaikkia asukkaita (*folk*).[62] Tämän monitulkintaisuuden myötä kansa-sanaa voitiin käyttää sekä yhteenkuuluvuuden että erojen rakentamiseen.[63] Esimerkiksi *kansantauti*-käsite, joka vakiintui lääketieteelliseen sanastoon *folksjukdom*-termin suomennoksena vuonna 1909 – ja samalla syrjäytti aiemman, kielenkäyttöön juurtumattoman termin *väestöntauti* – kantoi mukanaan eri tulkintoja.[64] Kansantaudiksi nimetyt sairaudet voitiin ensinnäkin mieltää koko kansaa, sekä köyhiä että rikkaita koskettavaksi ongelmaksi, jolloin kansantaudilla voitiin nähdä olevan sääty- ja puolue-eroja harmonisoiva, yhdistävä ja yhteenkuuluvuutta rakentava merkitys:

> Tuberkuloosi on kansantauti, jota sentähden myös yhdistetyin voimin on torjuttava. (…) tässä avautuu työmaa, jolla taas kaikki asiasta kiinnostuneet kansalaiset, säätyyn ja valtiolliseen kantaan katsomatta, voivat rinnan työskennellä. Se on samalla työ, joka koko laatunsa kautta on omiaan lähentämään eri kansankerrokset toisiinsa.[65]

Huomattavasti useammin kansantauti nimettiin kuitenkin nimenomaan kansan alimpiin luokkiin kytkeytyväksi ongelmaksi: kansantaudin uhriksi joutui ”työmies ja työnainen”, eikä ”mikään tauti riipu niin suuresti sairaan kukkarosta kuin keuhkotauti.”[66] Tämä tulkinta erotteli kansasta eri kerroksia ja asetti ne samalla hierarkkiseen suhteeseen.

Terveysvalistuksen herätystehtävä painottui eri kansankerrosten osalta eri tavoin. Rahvaan tavoittaminen oli koko valistustyön onnistumisen edellytys, ja muun muassa tuberkuloosia koskevissa

62 Haapala 1998; Kettunen 2003, 186; Anttila et al. 2009, 19–26, erit. viite 47.
63 Esim. Kettunen 2006a, 23–28.
64 Vuosien 1888 ja 1898 sanastoissa termiä *väestöntauti* käytettiin *folksjukdom*- ja *pandemi*-sanojen suomennoksena. Duodecimin sanaluettelo Suomen lääkäreille 1888, 73. Duodecimin sanaluettelo Suomen lääkäreille 1898, 24, 57; Duodecimin sanaluettelo Suomen lääkäreille 1909, 37.
65 Eräs kansallinen työmaa. HS 28.9.1905 no 225. Myös esim. Keuhkotaudista. Pohjalainen 14.8.1900 no 126.
66 Taistelu keuhkotautia vastaan. Rauman lehti 5.12.1896 no 98; Keuhkotauti eli keuhkotuberkuloosi ja sen syyt. Uusi Aura 13.1.1905 no 10 A.

eduskuntakeskusteluissa tuotiin esille huoli siitä, ettei Suomessa, toisin kuin useimmissa muissa maissa, valistustyö ollut ulottunut ”laajempiin kansankerroksiin”.[67] Alimpien kerrosten rooli määrittyikin nimenomaan valistuksen kohteina ja olennaista oli, että heidän heräämisensä tapahtui ohjatusti ja valvotusti, osaavien valistajien koordinoimana:

> Mutta jos onkin välttämätöntä, että kansa itse käy terveydenhoitotyönsä etunenään, on toiseltapuolen suurikin vaara tarjona siinä tapauksessa, ettei kansalla ole kykeneviä ja asiaa täysin ymmärtäviä neuvonantajia ja tienviittaajia matkalle lähtiessään.[68]

Kansan oikeanlainen herättäminen riippuikin ennen muuta siitä, miten sivistyneistö saatiin mieltämään yhteiskunnallinen toiminta kansalaisvelvollisuudekseen. Sivistyneistön eli ”valistuneiden, edistysrientoja harrastavien kansalaisten”[69] oli ymmärrettävä vastuunsa ja ryhdyttävä *terveydelliseen sisälähetystyöhön.*[70] Terveysvalistuksen tavoitteet – ruumiillinen ja moraalinen puhtaus, kurinalaisuus, itsehillintä, järjestelmällisyys – onkin nähty keskeisenä osana keskiluokan identiteettiä.[71]

ReijoWaaran ideoima Suomen Kansallinen Terveysliitto edusti puhdasoppisesti hierarkkista, sivistyneistön ohjaamaa järjestötoimintaa.[72] Liiton johto koostui lääkintöhallituksen merkkihenkilöistä ja lääketieteen professoreista[73], joten liitolla oli suorat kytkökset val-

67 VP 1910, AV 2, Anom.miet. no 11, Talousvaliok. miet. no 3, 4.
68 ReijoWaara, Konr, Mitä voisi ja mitä tulisi Duodecim seuran tehdä yleisen terveydenhoito-aatteen kehittämiseksi ja juurruttamiseksi kansaan? Duodecim 5/1910, 153.
69 Kehotus kaikille maassamme, varsinkin maaseuduilla toimiville yhdistyksille ja seuroille yhtyä ”Suomen kansalliseen terveysliittoon”. Työmies 28.9.1906 no 224 ja Keski-Savo 29.9.1906 no 111.
70 ReijoWaara, Konr., Mitä voisi ja mitä tulisi Duodecim seuran tehdä yleisen terveydenhoito-aatteen kehittämiseksi ja juurruttamiseksi kansaan? Duodecim 5/1910, 160.
71 Esim. Jauho 2007, 348–352; Oosterhuis & Huisman 2013, 7–8, 31–32.
72 Kalela 2005a, 22; Kalela 2005c, 31–44; Haapala 1995, 40–46.
73 Hygienian professori Taavetti Laitisen ohella vaikutusvaltaisia toimijoita liittoa perustettaessa olivat mm. lääkintöhallituksen pääjohtaja Richard Sievers, fysiologian ja sittemmin kouluhygienian dosentti Max Oker-Blom, lääkintöhallituksen eläinlääkintöasessori Oskar von Hellens ja lääkintöneuvos Akseli Koskimies. ReijoWaara, Konr., Kertomus Suomen kansallisen Terveysliiton synnystä, kehityksestä ja toiminnasta 1906–1910. Duodecim 10/1910, 404–405.

tionhallintoon ja tiedemaailmaan. Aikakauden kansalaisjärjestöille tyypillistä olikin, että tällaisten ”personaaliunionien” myötä järjestöt saivat puolivirallisen aseman, mikä lisäsi niiden painoarvoa.[74] Naisten merkittävästä roolista terveysvalistuksessa kertoo se, että liiton johtoon kutsuttiin Suomen Naisyhdistyksen johtohahmoina ja Suomalaisen puolueen edustajina tunnetut Alexandra Gripenberg sekä Hilda Käkikoski. Perheen sisäisen työnjaon mukaan hygieniaoppi jaettiinkin eri sukupuolten vastuualueisiin siten, että yksityisen terveydenhoidon katsottiin kuuluvan naisten vastuulle ja yleinen terveydenhoito oli miesten vastuualuetta, joskin rajanveto todettiin liukuvaksi.[75]

Joukkojärjestäytymisen synnyttämän hajaannuksen takia Terveysliitosta ei haluttu luoda erillistä, muiden kanssa kilpailevaa yhdistystä, vaan tavoitteena oli yhdistää suomalaiset sukupuoleen, äidinkieleen ja puoluekantaan katsomatta puolueettomaksi miellettyyn toimintaan.[76] Juuri politiikatonta ongelmien ratkaisua on pidetty sivistyneen keskiluokan arvoja kantaneen porvarillisen reformismin olennaisena piirteenä.[77] Kehotus liittyä Terveysliittoon julkaistiin myös työväenliikkeen Työmies-lehdessä, ja liitolle luotiin kytkös sosiaalidemokraattiseen puolueeseen, kun johtoryhmään valittiin puolueaktiivi Yrjö Sirola.[78]

Käytännössä toiminta organisoitiin siten, että jokaisesta jo olemassa olevasta kansalaisjärjestöstä pyrittiin saamaan kaksi edustajaa paikalliseen Terveysliittotoimikuntaan. Näiden edustajien välityksellä terveysaate oli tarkoitus saada pysyväksi osaksi paikallisten yhdistysten ”nuoriso- ja raittiusseura, lähetysseura, työväenyhdistys, maamiesseura, naisyhdistys, neulomayhdistys, emäntäyhdistys j.n.e. – mitä nimeä

74 Jauho 2007, 188–189.

75 ReijoWaara, Konr., Kertomus Suomen kansallisen Terveysliiton synnystä, kehityksestä ja toiminnasta 1906–1910. Duodecim 10/1910, 404–405; Relander, Konr., Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 5. Naisen tehtävästä yksityisessä terveydenhoidossa: Lehtonen 1995b, 85–92.

76 ReijoWaara, Konr., Liittoon nuoret ja vanhat Suomen kansan terveyttä suojelemaan ja nostamaan. THL 9/1906, 129–134; Kehotus kaikille maassamme, varsinkin maaseuduilla toimiville yhdistyksille ja seuroille yhtyä ”Suomen kansalliseen terveysliittoon”. Työmies 28.9.1906 no 224.

77 Kalela 2005c, 31–44.

78 Kehotus kaikille maassamme, varsinkin maaseuduilla toimiville yhdistyksille ja seuroille yhtyä ”Suomen kansalliseen terveysliittoon”. Työmies 28.9.1906 no 224; ReijoWaara, Konr., Kertomus Suomen kansallisen Terveysliiton synnystä, kehityksestä ja toiminnasta 1906–1910. Duodecim 10/1910, 404–405.

kukin kantaneekin" – toimintaa.[79] Vaikka pelkkä kiinnostus terveysasioihin mainittiin riittävänä edellytyksenä edustajaksi valittavalle, tehtävän katsottiin kuuluvan nimenomaan oppineelle ja sivistyneelle väelle, kuten lääkäreille, papeille, kansakoulunopettajille ja kätilöille.[80] Tavoitteena oli jakaa kukin paikkakunta alueellisiin valistuspiireihin ja siten tavoittaa syrjäisimmätkin seudut.[81]

Toiminnan alkua pidettiin lupaavana. Tietoa liiton synnystä levitettiin laajalti sanomalehtien sekä kuntien lautakunnille jaettujen lehtisten välityksellä. Yhteistyökumppaneiksi lupautuneiden järjestöjen lista olikin pitkä: mukaan lähtivät muiden muassa Suomen Naisyhdistys, Suomen terveydenhoitoyhdistys, Raittiuden ystävät, Suomen Urheilu- ja Voimisteluliitto, Kansallismielisten Nuorisoliitto, Koulukeittoyhdistys, Keuhkotaudin vastustamisyhdistykset sekä Kotikasvatusyhdistys. Paikallistasolla saavutukset jäivät kuitenkin odotettua vaatimattomammiksi. Vuonna 1910 aktiivisesti toimivia terveysliittoja löytyi vain alle kymmeneltä paikkakunnalta. Toimintaa oli toki viritelty eri puolilla maata liki 20 paikallisliiton käynnistämiseksi, ja esimerkiksi Turun seudulla hankkeessa oli mukana lähes 40 kuntaa. Alkuinnostuksen haihduttua ja yksittäisten puuhamiesten väsyttyä liittojen toiminta hiipui tai rajoittui liiton äänenkannattajaksi nimetyn Terveydenhoitolehden tilausten välittämiseen.[82]

Liiton saama vähäinen vastakaiku oli ReijoWaaralle ankara pettymys.[83] Hän kummeksui varsinkin sitä, että paikallisesta liitosta

79 ReijoWaara, Konr., Liittoon nuoret ja vanhat Suomen kansan terveyttä suojelemaan ja nostamaan. THL 9/1906, 129–134; ReijoWaara, Konr., Mitä voisi ja mitä tulisi Duodecim seuran tehdä yleisen terveydenhoito-aatteen kehittämiseksi ja juurruttamiseksi kansaan? Duodecim 5/1910, 158–163.

80 ReijoWaara, Konr., Piirteitä terveydenhoitoaatteen kehityksestä Suomessa. Duodecim 11/1906, 280–281; ReijoWaara, Konr., Liittoon nuoret ja vanhat Suomen kansan terveyttä suojelemaan ja nostamaan. THL 9/1906, 133.

81 ReijoWaara, Konr., Mitä voisi ja mitä tulisi Duodecim seuran tehdä yleisen terveydenhoito-aatteen kehittämiseksi ja juurruttamiseksi kansaan? Duodecim 5/1910, 159.

82 ReijoWaara, Konr., Kertomus Suomen kansallisen Terveysliiton synnystä, kehityksestä ja toiminnasta 1906–1910. Duodecim 10/1910, 403–441. Vuoden 1910 vuosikokouksessa oli edustajia vain viidestä paikallisyhdistyksestä. Kokouksessa todettiin, ettei liitolla ollut varoja, vaan ReijoWaara oli maksanut menot omasta kukkarostaan. Suomen kansallisen Terveysliiton vuosikokous. Uudenkaupungin Sanomat 2.8.1910 no 85.

83 Halmesvirta 1995, 47, 63.

luopumista oli perusteltu toiminnan hyödyttömyydellä: ”lääkäriin [on] täytynyt turvautua nyt niinkuin ennenkin jos sairaaksi on joutunut.”[84] Samaan valistuksen arvoa ymmärtämättömään suhtautumiseen törmättiin, kun lääkäriseura kokeilumielessä palkkasi vuosisadan vaihteessa valistustyöhön yhden lääkärin. Kun esitelmäyleisöä enemmän tilaisuuksiin saapui hoitoa kaipaavia potilaita, esitelmöitsijän aika kului vastaanottotoimintaan.[85] Jo 1800-luvun lopulla maaseudun lääkäritoimen järjestämistä pohtinut komitea olikin pannut merkille prioriteettieron: vain ”fakkimiehet” valittivat ennaltaehkäisevän toimien riittämättömyydestä, kun taas kaikki yleisön valitukset koskivat lääkärivoimien puutetta sairaanhoidossa.[86] Tavallisen kansan kannalta ensisijainen kysymys olikin se, oliko sairastuneelle saatavissa apua ja hoitoa.

Parhaimmillaan yksittäinen terveysliitto oli toki paikkakunnallaan näkyvä toimija. Yksi pitkäikäisimmistä oli Tyrvännön terveysliitto, jonka toiminta jatkui vuoteen 1920 saakka. Menestyksen selitys lienee osaltaan juuri siinä, että valistuspainotteisen toiminnan – terveyspäivien, urheilujuhlien, ruuanlaittokurssien, oman kirjaston, lentolehtisten ja ”mieskohtaisen vaikutuksen” – ohella liitto pyrki vaikuttamaan myös paikkakunnan terveyspalveluihin. Kunnan kätilölle hankittiin liinavaatteita varattomia synnyttäjiä varten ja tarve kiertävän sairaanhoitajan palkkaamiseen nostettiin näkyvästi esille. Toiminnassa oli mukana raittiusyhdistys, kristillinen järjestö sekä työväenyhdistys, ja onkin ilmeistä, että juuri laajapohjaisuudellaan liitto saavutti kansan tuen ja luottamuksen. Kaikkia poliittisia raja-aitoja ei Tyrvännössäkään kyetty ylittämään, sillä paikallisessa lehdessä esitettiin toive, että myös nuorsuomalaiset saataisiin toimintaan mukaan.[87] Yleisesti ottaen

84 ReijoWaara, Konr., Kertomus Suomen kansallisen Terveysliiton synnystä, kehityksestä ja toiminnasta 1906–1910. Duodecim 10/1910, 415.

85 Ignatius 2012, 129.

86 KM 1892:8, 3, 21; KM 1908:7, 15–18; SVT XI:21 1904, 48; Lukijoillemme. THL 1/1898, 1–2; Relander, Konr., Terveydenhoidon tarkoitus ja tuloksia. THL 1/1898, 2–3.

87 Tyrvännön terveysliiton arkisto päättyy Kansallisarkiston arkistotietokannan mukaan vuoteen 1920. Tyrvännön Terveysliitto. Hämeen Sanomat 26.1.1909 no 9; ReijoWaara, Konr., Kertomus Suomen kansallisen Terveysliiton synnystä, kehityksestä ja toiminnasta 1906–1910. Duodecim 10/1910, 435–437; Ulamo 2004.

suurin luottamuskuilu Kansallisella terveysliitolla oli ylitettävänään työväenliikkeen suuntaan, sillä yksilökeskeinen valistus jätti huomiotta elinolojen, köyhyyden ja sairauden yhteenkietoutumisen.

Työväenliike ja sosiaalihygienia: elinolot sairauden syynä

Työväenliikkeen suhde terveysvalistukseen oli 1900-luvun alussa kaksijakoinen. Vaikka Suomen Kansallinen Terveysliitto sai palstatilaa työväenlehdissä ja esimerkiksi Terveydenhoitolehden kirjoituksia lainattiin sosiaalidemokraattien Työläisnainen-lehdessä sellaisenaan, samanaikaisesti Työmies-lehti kannusti järjestäytynyttä työväestöä boikotoimaan kyseistä valistuslehteä. Välittömänä syynä boikottiin oli uskonnonopetuksesta syntynyt kiista, mutta myös terveysvalistuksen mielekkyydestä käytiin työväenlehdissä kriittistä keskustelua.[88]

Valistuksen sanoman ja terveyden nimissä perheisiin tehtyjen interventioiden hyväksyminen ei suinkaan ollut itsestään selvä asia. Riitta Oittinen on korostanut, että työläisnaisten näkökulmasta terveydenhoidolliseen tietoon kytkeytyi toivo paremmasta tulevaisuudesta, mutta valistukseen liittyvä kontrolli ja moralisoiva luokka-asenne herättivät kuitenkin Työläisnainen-lehdessä vastarintaa:

> Tällaisissa tapauksissa, joissa liikarasitus, huono ruoka, huonot asunto-olot, epäterveellinen ilma työpaikassa ja monet muut syyt vaikuttavat elvyttävästi sairauteen; tuntuu toisinaan ivalta kuulla porvaristomme tautien vastustuspuuhia.[89]

Yhtä lailla Työmies-lehdessä arvosteltiin terveysvalistajia työläisten arjen realiteettien sivuuttamisesta:

88 Kehotus kaikille maassamme, varsinkin maaseuduilla toimiville yhdistyksille ja seuroille yhtyä "Suomen kansalliseen terveysliittoon". Työmies 28.9.1906 no 224; N.k. "Terveydenhoitolehti". Työmies 27.11.1906 no 275 ja 4.12.1906 no 281; Oittinen 2003, 180.

89 Sitaatti artikkelista: Tyyne, Keuhkotauti ja työläisnaiset. Työläisnainen 24.4.1913. Oittisen (2003, 183) mukaan.

> Kukapa ei olisi tuntenut niitä tuon tuostakin tapahtuvia syytöksiä, joita heitetään työväestön silmille siitä, että se muka niin vähän antaa arvoa terveyden hoidolle. (…) Ei merkitse paljoa sellainen huolehtiminen köyhän terveydestä, joka antaa vaan neuvoja, joita ei voi toteuttaa.[90]

> Pitkät työpäivät, epäterveelliset työhuoneet ja nuorten työ ovat siksi voimakkaita nykyisen järjestelmän kasvannaisia, että niitä vastaan ei voi yksilöt ja yleensä lääkärilaitoskaan taistella. (…) Älkää menkö ehdottamaan voimistelua ja urheilua sellaiselle, joka on loppuun näännytetty.[91]

Siinä, missä terveysvalistajat näkivät kansanvalistuksen terveyden ehtona, työläislehdissä hyvän terveyden edellytykseksi nostettiin paremmat elin- ja työolot sekä ravitseva ja riittävä ruoka. Tuberkuloosivalistuksen sijaan vaadittiinkin yhteiskuntaolojen muuttamista:

> Tämän kansantaudin laita on samoin kuin useimpien niiden kärsimysten, jotka raskaimmin kohtaavat omaisuutta vailla olevia luokkia; niiden syynä ovat vallitsevat yhteiskuntaolot, alempien luokkien köyhyys ja iloton elämä. Sen vuoksi se ei ole täydellisesti voitettavissa (…) ennenkuin olot ovat muodostuneet sellaisiksi, että nekin, jotka nyt ovat varjopuolella yhteen tungettuina ovat päässeet päivän valoa näkemään.[92]

Työväenliikkeen näkökulmasta työläisten järjestäytyminen nimettiinkin ainoaksi toimivaksi keinoksi taistelussa keuhkotautia vastaan.[93]

Työväen vaatimukset saivat ymmärrystä ja puolestapuhujia myös lääkäripiireissä. Kansainvälistä mainetta saavuttanut suomalainen hygieenikko Albert Palmberg painotti suurlakon jälkeen, että sikäli kun alempien luokkien vihan ja katkeruuden syynä olivat sosiaaliset

90 Mikko, Mikä on syy? Työmies 13.2.1906 no 36.
91 Mikko, Köyhien terveydenhoito ja hra Taskinen. Työmies 26.2.1906 no 47.
92 J. T., Valtion velvollisuus varattomia sairaita kohtaan. Pohjois-Suomi 15.3.1907 no 31.
93 Oittinen 2003, 183.

epäkohdat, oli niihin puututtava.[94] Piirilääkäri N. J. Arppe näki niin ikään alempien kansankerrosten asemaa parantavat uudistukset terveyden kohottamisen edellytyksinä:

> Terveydenhoito ja työväenkysymys (...) ovat saman ajan lapsia ja saman maaperän kehittämiä. (...). Monikin työväen vaatimuksista, joka ensi silmäyksellä voi näyttää kohtuuttomalta, tulee katsottuna terveydenhoidon valossa oikeuden ja kohtuuden mukaiseksi.[95]

Arppe esittelikin Terveydenhoitolehden lukijoille vuonna 1907 uuden tieteenhaaran, *sosiaalihygienian*, jonka hän totesi kehittyneen sivistysmaissa terveyteen liittyvien sosiaalisten kysymysten ratkaisuksi. Arppe käytti sosiaalihygieniasta nimitystä *yhteiskunnallinen terveydenhoito* erotuksena yksilöllisestä terveydenhoidosta ja yleisestä terveydenhoidosta.[96] Lääkintöhallituksen lääkintöneuvos Akseli Koskimies puolestaan nimesi vuonna 1916 *sosiaalihygienian* eli *sosiaalimedisiinan* pääpiirteeksi yksilön tarkastelemisen luokkansa ja tietyn taloudellisen ryhmän jäsenenä, kun taas yleisessä hygieniassa henkilö nähtiin valtiollisen tai alueellisen kokonaisuuden jäsenenä.[97] Sosiaalihygienian voitiinkin katsoa täydentävän yleistä hygieniaa, joka keskittyi tiettyjen alueiden – paikkakuntien tai kaupunginosien – elinympäristön epäkohtien poistamiseen.[98]

Sosiaalihygienia nosti esiin kansan kerroksellisuuteen kytkeytyvät terveyserot ja korosti työväenliikkeen tavoin yhteiskunnallisten olojen yhteyttä terveyteen, esimerkiksi tuberkuloosin puhkeamiseen.[99] Kun terveydenhoidon edustajien mahdollisuudet puuttua asunto- ja palkkaoloihin olivat kuitenkin rajalliset, lääkärikunta painotti kannanotoissaan ”suoranaisemmin” tauteja vastustavia toimia ja rajasi yhteiskunnalliset epäkohdat ”varsinaisen tuberkuloosikysymyksen”

94 Palmberg, A., Läkaresällskapet och arbetarefrågan. FLH 12/1905, 678–684.
95 Arppe, N. J., Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 37–38.
96 Arppe, N. J., Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 38.
97 Koskimies, Akseli. Mitä ovat sosiaalihygienia ja sosiaalimedisiina? Duodecim 3/1916, 133–147, erit. s 146.
98 Yleisestä hygieniasta paikallisena ilmiönä esim. Harjula 2003. Yleisen hygienian ja sosiaalihygienian erottelusta Harjula 2007, 29–35.
99 Arppe, N. J., Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 37–41. Esimerkiksi N. af Ursin nosti esiin valtiopäivillä tuberkuloosikysymyksen yhteydessä tarpeen alempien kansakerrosten kohottamiseen aineellisessa suhteessa. VP 1907, PK I, 323.

ulkopuolelle.[100] Työväenasuntokysymys ja työväensuojelu eriytyivätkin omiksi erikoisaloikseen.[101] Myös ravitsemuskysymyksessä havaittiin sosiaalisten olojen merkitys, mutta päähuomio alan tutkimuksessa suuntautui valistuksellisiin kysymyksiin eli puutteellisiin ruuanlaittotaitoihin ja ravinnon yksitoikkoisuuteen.[102]

Sosiaalihygienia avasi uuden näkökulman myös juoppouden, prostituution ja sukupuolitautien tarkasteluun. Yksilöiden siveettömyyden ja moraalittomuuden sijaan nämäkin ongelmat alettiin nähdä ahtaan asumisen, surkeiden kotiolojen, palkkatulojen riittämättömyyden ja työttömyyden yhteiskunnallisina seurauksina. Siten yksinomaan hairahtuneiden yksilöiden ojentamiseen, rankaisuun ja pakkohoitoon perustuvat toimet nähtiin riittämättömiksi keinoiksi ongelmien poistamisessa.[103]

Vajaavaltaiset, köyhät ja moraalittomat kuriin – täysivaltaisilla oikeus välttyä pakolta

Kun aikakauden terveysaate perustui vastuuntuntoisen kansalaisen kasvattamiseen, yksilöihin kohdistuvat laajamittaiset pakkotoimet nähtiin – kuntia velvoittavan lainsäädännön tavoin – lähtökohtaisesti ennenaikaisina.[104] Pakko oli silti elimellinen osa terveydenhuoltoa. Kiinteä yhteys pakkovaltaan konkretisoitui 1800-luvun jälkipuoliskolla käytetyssä *terveyspoliisi*-käsitteessä, jolla 1860-luvun määritelmän mukaan tarkoitettiin ”sitä huolenpitoa, mikä valtionhallituksella poliisimahtina on kansalaisten terveydentilasta”.[105] Edelleen 1920-luvulla käsite *ter-*

100 Esim. Suomen Lääkäriseuran asettaman komitean lausunto veneristen tautien vastustamisesta. Duodecim 3/1904, 75; Arbetarebostadsfrågan inför Läkaresällskapet. FLH 7/1906, 1–9; Utdrag ur protokollen förda vid Finska Läkaresällskapets möten den 20 och 27 oktober 1906. FLH 12/1906, 360–364; KM 1924:3, 1.

101 Esimerkiksi valtiopäivillä asuntokysymykset ja työväensuojeluasiat käsiteltiin terveydenhuollosta erillisinä kysymyksinä. VP. Suomen eduskunnan pöytä- ja asiakirjain sisällysluettelo 1907–1914 1930.

102 Jauho 2003.

103 Esim. Arppe, N. J., Työväenkysymys ja terveydenhoito. THL 3/1907, 37–41; Suomen Lääkäriseuran asettaman komitean lausunto veneristen tautien vastustamisesta. Duodecim 3/1904, 72–82.

104 Esim. VP 1907, A V, Anomusmiet. no 8, Anomusvaliok. miet. no 4.

105 Hjelt, Otto E. A., Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. Duodecim 11–12/1911, 392.

veyspolitia suomennettiin ”julkisen käsky- ja pakkovallan käyttämiseksi yleistä terveydentilaa uhkaavain vaarain torjumiseksi”.[106] Termi pohjautui saksalaiseen *Medizinische Polizei* -käsitteeseen, ja brittiläisessä tutkimusperinteessä onkin pyritty korostamaan englanninkielisen *public health* -käsitteen erilaista lähtökohtaa: siinä missä saksalainen traditio nojautui valtion poliisivaltaan, Englannissa terveyttä on nähty kohennetun suostuttelevin ja kasvattavin menetelmin. Patrick E. Carroll on kuitenkin korostanut, että käsite-erosta huolimatta yhtäläisyydet olivat merkittävämpiä kuin erot. Jännite yhteiskunnan edun ja yksilön autonomian välillä on olennainen osa kumpaakin käsitettä.[107]

Konkreettisin kytkös poliisitoimeen oli sukupuolitautien torjunnalla, joka perustui prostituoituihin kohdistettuihin pakkotoimiin.[108] Suomessa vuonna 1894 säädetty asetus salli ns. ohjesääntöisen prostituution, jossa pakollisen lääkärintarkastuksen läpäiseminen antoi prostituoidulle periaatteessa luvan harjoittaa ammattiaan. Sairastuneiden lupavihkot sen sijaan takavarikoitiin ja heidät passitettiin sakkorangaistuksen uhalla kuppasairaalaan.[109] Vaikka suurlakon kansalaisvaatimusten vauhdittamana valtiovalta vuonna 1907 irtisanoutui prostituution hyväksymisestä, systeemi säilyi edelleen siten, että pakkotarkastukset siirtyivät poliisilta lääkintäviranomaisten hallinnoitaviksi.[110] Painopiste oli edelleen naisprostituoitujen kontrollissa, sillä vuosina 1908–1920 tarkastetuista noin 20 000 henkilöstä liki 85 prosenttia oli naisia.[111]

Olennainen piirre 1900-luvun alun terveydenhoidollisissa pakkotoimissa oli se, että ne kohdistuivat eri tavalla kansan eri kerroksiin: kunnon kansalaisilla oli oikeus välttyä pakolta, kun taas moraalit-

106 Nordquist 1924, 11.
107 Carroll 2002, 461–494; Hamlin 2008, 63–69; Knipper 2008, 70–72; Lupton 1997, 24–25; Helén 1997, 57–59.
108 Pohjoismaisesta lainsäädännöstä: Blom 2007, 121–133.
109 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus kuppatautien vastustamisesta 28.5.1894 no 27; Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä toimenpiteistä kuppatauteja vastaan 28.5.1894 no 27; Suomen Suuriruhtinaanmaan Rikoslaki 19.12.1889 no 39, luku 20 § 13.
110 Keisarillisen Suomen Senaatin päätös ohjesääntöisen haureuden lakkauttamisesta 16.5.1907 no 22; Helén 1997, 154–162; Helén & Yesilova 2003, 234–237; Häkkinen 1995, 162–168, 178–179.
111 KM 1924:10, 33–34, 51.

tomiin, kunniattomiin prostituoituihin kohdistetut pakkotoimet miellettiin muun yhteiskunnan suojelemiseksi välttämättömiksi. Lainsäädännön lähtökohtana olikin sukupuolitautiin sairastuneiden luokittelu siveettömiin ja siveellisiin. Nimenomaan siveellisten, kunniallisten potilaiden yksityisyyttä pyrittiin suojaamaan: viranomaisen vaitiolovelvollisuus saattoi ohittaa velvollisuuden taudista raportoimiseen, ja potilaalla oli oikeus saada sairaalahoitoa ilmoittamatta henkilöllisyyttään.[112] Hoito oli säädöksen mukaan maksutonta, jos potilas heti tartunnan saatuaan haki apua, ja käytännössä kaikki varattomat otettiin ilmaishoidon piiriin.[113] Pakkohoito löi kuitenkin leimansa kuppasairaaloiden ilmapiiriin, sillä lukittuine ovineen ja kalteri-ikkunoineen osastot olivat vankilan kaltaisia suljettuja laitoksia.[114]

Lähtökohtaisesti täysin potilaan omasta tahdosta riippumatonta oli mielisairaitten hoito: lainsäädäntö ei 1900-luvun alussa edes tuntenut mahdollisuutta hakeutua hoitoon oma-aloitteisesti.[115] Mielisairaanhoidon tärkein perustelu oli yhteiskunnan muiden jäsenten suojelu. Koska mielisairaat olivat sairautensa laadun takia yleensä holhouksenalaisia, oikeustoimikelvottomia ja vailla kykyä arvioida hoidon tarvetta, heidän ei katsottu olevan yhteiskunnan täysivaltaisia kansalaisia. Useimmat mielisairaat olivat köyhäinhoidon elätettävinä, joten pakkohoidon oikeutus kytkeytyi osaltaan myös köyhyyteen,

112 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus kuppatautien vastustamisesta 28.5.1894 no 27, § 1–7; Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä toimenpiteistä kuppatauteja vastaan 28.5.1894 no 27, § 12–13; Häkkinen 1995, 179–182.

113 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä toimenpiteistä kuppatauteja vastaan 28.5.1894 no 27, § 12; Winter, G .J. Mihin suuntaan on nk. yleisten sairastalojen vastainen kehitys käyvä. Duodecim 3/ 1907, 91; Wahlberg, C.F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi IV. Duodecim 4/1905, 95. Aiemmasta käytännöstä ks. Vauhkonen 1961, 68–71.

114 Oma eristetty hoitolansa sellaisia potilaita varten, jotka viranomaisten täytyy pakoittaa sairaalahoitoon. Duodecim 12/1904, 311; Wahlberg, C.F. Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi IV. Duodecim 4/1905, 95–97; Tahvanainen & Nirkko 2000, 94–95.

115 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 11; Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 § 22; Nikula 1918, 92. Omasta tahdosta hoitoon hakeutuminen kirjattiin vuoden 1937 lakiin. Kalpa, Ilmari, Uusi mielisairaslaki ja -asetus. Huoltaja 3/1938, 43.

joka voitiin nähdä osoituksena yksilön henkilökohtaisesta kykenemättömyydestä.[116]

Ruumiillista kroonista tautia sairastaviin kohdistuviin pakkotoimiin suhtauduttiin Suomessa 1900-luvun alussa varauksellisesti, koska pitkäkestoisten pakkotoimien katsottiin loukkaavan yksilön vapautta ja samalla johtavan hoidon välttelyyn.[117] Yksilönvapaudesta oltiin kuitenkin valmiit tinkimään nimenomaan köyhien kroonikkojen osalta. Tartuntaa levittävät, itsestään huolehtimaan kykenemättömät keuhkotautiset ehdotettiin otettavaksi huostaan vaivaishoito- ja kunnallislakien perusteella, ja leprasairasten pakkoeristäminen kaavailtiin kohdistettavaksi köyhiin potilaisiin. Juuri alemmissa kansankerroksissa katsottiin yhdistyvän vähimmät edellytykset käsittää taudista johtuvaa vaaraa, järjestää asuinolojaan tartunnanvaaran minimoimiseksi sekä ryhtyä ”hyväntahtoisesti” noudattamaan annettuja määräyksiä. Sen sijaan sivistyneempien luokkien – eli valistuneempien ja omillaan toimeentulevien osalta – lääkintöhallitus nimesi pakon vasta viimeiseksi keinoksi.[118] Pakkotoimien rajojen määrittelyssä oli näin ollen kyse elinolojen, valistuneisuuden ja myötämielisyyden yhtälöstä.

Käytännössä Suomessa edettiin keuhkotautisiin kohdistettujen pakkotoimien osalta Ruotsin tavoin varovaisella linjalla – toisin kuin Norjassa (1900) ja Tanskassa (1905), joissa tuberkuloottiset alistettiin tautia koskevan ilmoitusvelvollisuuden ja tarvittaessa pakkohoidon piiriin.[119] Merkittävänä pakkotoimia jarruttavana tekijänä Suomessa oli hoitomahdollisuuksien puute. Sakari Härö on tiivistänyt vuoden 1910 tuberkuloosikokouksen kannan seuraavasti: ”Maassa on oltava jotain annettavaakin sairastuneille ennenkuin heidän elämäänsä ruvetaan lailla säätelemään”.[120] Tuberkuloosia koskeva rajattu ilmoitusvelvollisuus säädettiin Suomessa vasta 1920-luvun lopulla, ja Norjan mallin

116 Esim. Nikula 1918, 86, 96–97, KM 1923:2, 24; Harjula 1996, 25–47; Harjula 2010, 4–19.

117 KM 1900:8, 54–55; Jauho 2007, 200.

118 Jauho 2007, 201–202; Leprasairasten hoito. Duodecim 7/1900, 196–199.

119 Tanskan laki oli norjalaista käytäntöä lievempi sikäli, että pakkohoitoa laitoksessa ei sovellettu henkilöihin, jotka olisivat sen seurauksena menettäneet työnsä. Ruotsissa (1914) laki ei sisältänyt lainkaan pakkohoitoa ja ilmoitusvelvollisuuskin ulotettiin vain ilmeistä vaaraa aiheuttaviin henkilöihin. Blom 2007, 121–133; Alver, Fjell & Ryymin 2013, 83–87, 108.

120 Härö 1992, 34.

mukaisen leprapotilaiden pakkohoidon sijaan Suomessa tyydyttiin kannustamaan hoitoon hakeutumista ilmaishoidon avulla.[121]

Laajimmat valtuudet puuttua kansalaisten oikeuksiin antoi äkillisten kulkutautien torjumiseen tähtäävä lainsäädäntö. Vaikka kotielämän pyhyys asetettiinkin Suomessa terveydellisen valvonnan lähtökohdaksi, vuoden 1879 terveydenhoitoasetuksen mukaan kunnallisella terveyslautakunnalla – josta käytettiin myös nimitystä terveyspoliisi[122] – oli oikeus tehdä tarkastuksia pihojen ja tehtaiden ohella myös tehtaanomistajien työläisille järjestämissä asunnoissa. Nimenomaan varattoman kansanluokan katsottiin olevan yhteiskunnan valvonnan ja suojelun tarpeessa, ja lisäksi työläisten asuttamat kaupunginosat ja esikaupungit nähtiin tartuntoja levittävinä tautipesinä. Tartuntataudin välittömän uhan sattuessa lautakuntien tutkintaoikeus laajeni kaikkiin yksityisasuntoihin, ja tartuntaa levittävät sairastuneet voitiin velvoittaa eristyshoitoon sairaalassa.[123]

Äkillisiin tauteihin sairastuneisiin kohdistuneita pakkotoimia pidettiin lääkäripiireissä ongelmattomina sikäli, että ”tämän pakon alaiset ovat enimmiten lapsia ja miltei kaikissa tapauksissa kuumetautinsa vuoksi heikkoja ja sairaita.”[124] Tautien keston lyhytaikaisuus ja helposti havaittava tarttuvuus vähensivät osaltaan eristämisen kiistanalaisuutta, joskin paikallisesti toimien tiedettiin herättäneen myös epäluuloa.[125] Ongelmallisempi oli isorokkorokotus, joka kohdistui

121 Härö 1992, 76. Leprasairasten hoito. Duodecim 7–8/1900, 196–199; Wahlberg, C.F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi IV. Duodecim 4/1905, 94–98; Karvonen 1908, 728–730; Vauhkonen 1961, 126–127. Lepra oli Suomessa selvästi harvinaisempi tauti kuin Norjassa: sairastuneita oli 1890-luvulla 50–100, kun Norjassa vastaava luku ylsi tuhanteen. Vuorinen 2002, 161–168; The Leprosy in Norway 2013; Alver, Fjell & Ryymin 2013, 51–52, 108.

122 Käsitteitä terveyspoliisi ja terveyslautakunta käytettiin säädöksessä synonyymeina. Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa 22.12.1879 no 31, § 7 § 28. Terveyspoliisi-nimitystä käytettiin myös terveyslautakunnan alaisuuteen palkatuista terveystarkastajista. Harjula 2003, 13.

123 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa 22.12.1879 no 31, § 5, § 38, § 45; Hjelt, Otto E. A., Vuoden 1879 terveydenhoitosäännön synnystä. Duodecim 11–12/1911, 417, 419; Harjula 2003.

124 Oma eristetty hoitolansa sellaisia potilaita varten, jotka viranomaisten täytyy pakoittaa sairaalahoitoon. Duodecim 12/1904, 311.

125 KM 1900:8, 54–55. Esimerkiksi Tampereella vuosisadan taitteessa puhjenneen isorokkoepidemian aikana potilaiden eristämiseen käytettyä sairasparakkia heiteltiin öisin kivillä ja tautitapauksia pyrittiin salaamaan. Harjula 2003, 27.

täysin terveisiin ihmisiin. Asetuksen (1883) mukaan vanhempien tuli toimittaa lapsi alle 2-vuotiaana sakon uhalla rokotettavaksi, ja velvoite koski myös muita kansalaisia, joilta rokotussuoja puuttui.[126] Kun rokotuspakko kohdistui ensi sijassa lapsiin, on ilmeistä, että alaikäisten asema ei-täysivaltaisina ja ei-aktiivisina, holhottavina kansalaisina teki ajatuksen pakkotoimista periaatteessa hyväksyttävämmäksi kuin aikuisten osalta. Ida Blom onkin todennut, ettei lapsiin kohdistuvia toimenpiteitä mielletty pakoksi vaan ”heikkojen suojelemiseksi”.[127]

Rokotus ei ollut riskitön toimenpide, sillä korkea kuume, tulehdukset ja rumentavat rokkoarvet myönnettiin sen yleisiksi seuraamuksiksi.[128] Nimimerkki *Eräs isä,* jolle kunnallislautakunta kuukausittain langetti sakon 4,5-vuotiaan pojan rokottamattomuudesta, kysyikin vuonna 1904, eikö Suomessa ollut mitään mahdollisuutta päästä tästä ”yksilön vapautta rajoittavasta, vastenmielisestä alistumisesta”.[129] Huolestuneen isän lehtikirjoitus oli osa rokotuksen vastustusliikkeeksi nimitettyä vastarintaa, jonka vaikutus alkoi näkyä rokotustilastoissa 1910-luvun alussa. Viranomaisten kannalta tilanne oli kiusallinen: kun vielä vuosisadan taitteessa rokotuksen pakoilijoina nähtiin lähinnä kiertelevät mustalaiset ja tietämättömät lappilaiset, nyt rokotuksen vastustajien joukkoon kuului jopa tieteellisen sivistyksen saaneita lääkäreitä, jotka levittivät luonnonparannusoppejaan omien julkaisujensa välityksellä.[130] Osaltaan vastustus tulkittiin poliittiseksi: ”sosialistit, jotka mielihyvällä yhtyvät tätenkin vastustamaan hallitusta ja herroja”, nimettiin otolliseksi maaperäksi rokotusvastaisuuden levittämisessä.[131]

126 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus rokotuksesta Suomenmaassa 17.12.1883 no 39, § 4. Rokotusilmoituksia julkaistiin sanomalehdissä, esim. Rokonistutus. Kansalainen 30.5.1902 no 60.

127 Blom 2007, 124.

128 Relander, Konr., Rokottamisesta. Duodecim 5/1885, 49–53; Ylppö, Arvo, Ihonsisäisestä suojarokotuksesta isoarokkoa vastaan. Duodecim 12/1925, 739–746.

129 Eräs isä, Eikö ole yksityisellä Suomessa mitään mahdollisuutta suojella lapsiaan rokotetuksi joutumasta? HS 19.11.1904 no 43.

130 Hannikainen, T., Rokotuksen vastustusliikkeestä. Duodecim 2/1914, 63–94; Pitkänen 1990, 125–139. Viranomaiset kiinnittivät 1890-luvulla huomiota mustalaisiin, ks. Bergstedt 1907, 839. Pohjois-Suomen piirilääkärit valittivat 1900-luvun alussa piirinsä asukkaiden huolimattomuutta ja kielteistä suhtautumista, ks. esim. SVT XI:23 1906, 161. Rokotuksen vastustuksesta muissa maissa esim: Alver, Fjell & Ryymin 2013, 50–51, 66; Lupton 1997, 32–33.

131 Hannikainen, T., Rokotuksen vastustusliikkeestä. Duodecim 2/1914, 67.

Kyse oli paljolti myös siitä, että isorokkoa esiintyi Suomessa entistä harvemmin eikä sitä koettu enää todelliseksi uhkaksi.[132]

Rokotuksen vastustusliikkeen esiinnousu osoittaa, että kysymys valtion oikeudesta sekaantua yksityisen vapauteen terveyden saralla herätti 1900-luvun alussa voimakkaita kiistoja. Täysi-ikäisten, täysivaltaisten, vastuullisten ja kunniallisten kansalaisten alistamista pakkotoimien kohteeksi ei pidetty hyväksyttävänä. Ruotsalaista pakkohoitoa tutkinut Jenny Björkman onkin korostanut, että 1900-luvun alussa terveiden oikeusturva oli tärkeintä: heidät oli suojattava perusteettomalta vapaudenriistolta.[133] Sen sijaan köyhäinhoitolaisuus, kyvyttömyys elättää itseään kunniallisiksi tulkituin keinoin sekä tarve suojella muuta yhteiskuntaa tartunnan vaaralta lisäsivät pakkohoidon oikeutusta.

Köyhäinhoito vs. visio ilmaispalveluista ja sairausvakuutuksesta

Sairauden ja köyhyyden yhteenkietoutumisen takia varsinkin työväenliikkeen piirissä alettiin 1900-luvun alussa vaatia konkreettisia toimia sairauskustannusten ja toimeentulomenetysten korvaamiseksi. Työmies-lehdessä vuonna 1906 maksuton terveydenhoito nimettiin kansan terveyden edellytykseksi:

> Kun työläisperheessä sairastuu isä tai äiti, onhan silloin koko perheen menestys kysymyksessä (…) Me vaadimme että sairaanhoito on tuleva kuntien ja valtion asiaksi. (…) Lääkärin apu on saatava maksuttomaksi, niin että köyhä voi sitä saada millä hetkellä tarvitsee. Lääkkeet ovat saatava maksuttomasti. Valtion on näistä huolehdittava. Sen hyväksi uhraa yksilö työnsä, sieltä hän myöskin tarvittavan avun saakoon. Näitä vaatii maamme köyhien järjestynyt

132 Pitkänen 1990, 134.

133 Björkman 2001, 276. Suomessa huolta aiheutti mahdollisuus terveiden joutumisesta mielisairalaan: KM 1907:9, 92; SVT XXI B:20 1912, 16–17; KM 1908:6, 216, 218; Sarvilinna 1938, 546–547.

> joukko. Ainoastaan tätä tietä saadaan tervettä, elinvoimaista kansaa, kansaa joka pystyy elämään.[134]

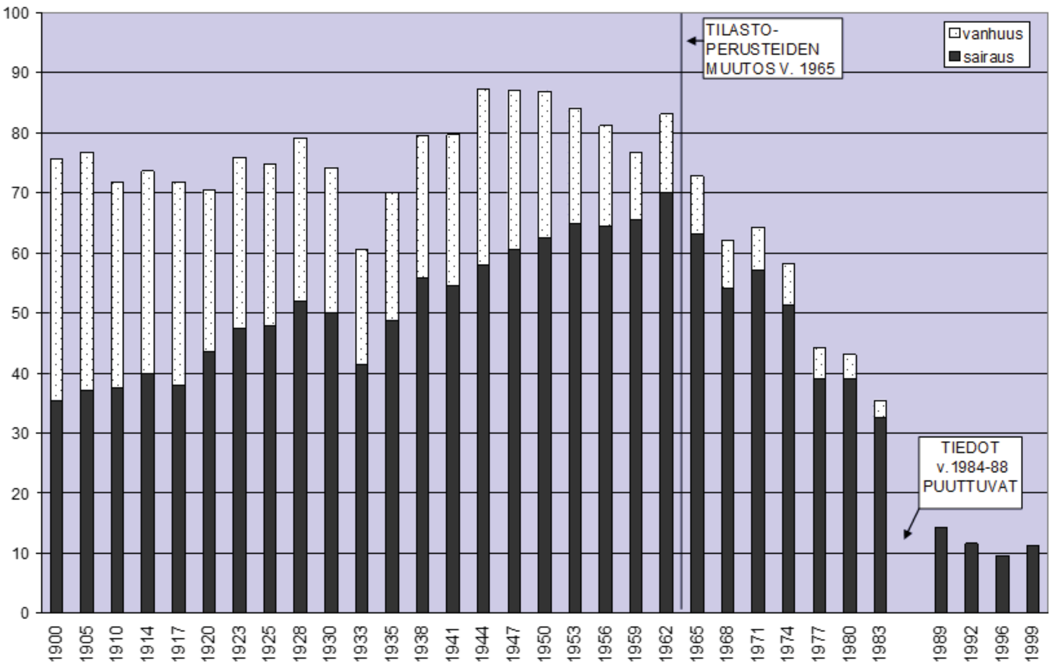
Lehtiartikkeli viittasi sosiaalidemokraattien vuonna 1903 hyväksymään puolueohjelmaan, jonka vaatimuksiin kuuluivat terveydenhoidon valtiollisen ja kunnallisen perustan lisäksi maksuton lääkärinapu, synnytysapu ja lääkkeet. Lisäksi vaadittiin verorahoitteista sairaus-, tapaturma-, vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutusta työntekijöille sekä terveydenhoidon erottamista köyhäinhoidosta siten, ettei kunnan kustantamia maksuja saanut pitää vaivaisapuna.[135]

Sosiaalidemokraattien ohjelma on sikäli merkittävä, että se piti sisällään sittemmin pohjoismaisen hyvinvointivaltion tunnusmerkeiksi nimetyt elementit eli ajatuksen universaalista, kaikille tasa-arvoisesti tarjottavasta maksuttomasta terveydenhuollosta sekä sairastuneiden toimeentuloturvan järjestämisestä sosiaalivakuutuksen keinoin. Nämä reformit toteutuivat Suomessa vasta 1960–1980-lukujen aikana, mutta erityisesti sosiaalivakuutuksen säätämisestä käytiin aktiivista keskustelua jatkuvasti vuosisadan alusta lähtien. Sairausvakuutukseen liittyvää debattia kattavasti analysoineet Heikki Niemelä, Olli Kangas sekä Yrjö Mattila ovat osoittaneet, että kaikki puolueet jakoivat näkemyksen sosiaalivakuutuksen tarpeesta, mutta periaatteellista kiistaa käytiin siitä, oliko ensisijaista vanhuus- vai sairausvakuutuksen toteuttaminen ja tuliko saajajoukko rajata yksinomaan palkansaajiin vai ulottaa koko väestöön. Viime kädessä ehdotukset kilpistyivät ylintä päätäntävaltaa käyttävään Venäjän keisariin.[136]

Sosiaalivakuutusta koskevissa ehdotuksissa korostettiin sairastumisen yhteiskunnallista perustaa. Sairastuminen ja vammautuminen tulkittiin yhteiskunnallisten olojen aiheuttamaksi sosiaaliseksi riskiksi, jonka tasoittaminen nähtiin yhteiskunnan velvollisuudeksi.[137] Vaatimus väestön turvaamisesta sairauskulujen ja toimeentulomenetysten varalta poikkesikin täysin siitä köyhäinhoidollisesta huoltoajattelusta,

134 Mikko, Mikä on syy? Työmies 13.2.1906 no 36.
135 Sosialidemokraattisen puolueen ohjelma 1903.
136 Niemelä 1994; Kangas 2006a; Mattila 2011; Niemelä 2014.
137 Esim. VP 1914, Liitteet VI 6, Anom. ehd. no 64, 501–506; Harjula 1996, 170–194.

jolle suomalainen terveydenhuolto 1900-luvun alussa rakentui. Sairauskulujen ja toimeentulomenetysten korvaaminen oli tuolloin miltei yksinomaan köyhäinavun varassa, ja peräti yli ¾ kaikista avustetuista turvautui köyhäinapuun juuri sairauden tai vanhuuden takia (kuvio 6).



Kuvio 6. Terveyssyiden takia avustettujen osuus (%) kaikista köyhäinavun, huoltoavun ja toimeentulotuen saajista vuosina 1900–1999[138]

Sosiaalidemokraattien vaatimus terveydenhoidon ja köyhäinhoidon välisen kytköksen poistamisesta johtui ensinnäkin vaivais- eli köyhäin-

138 SVT XXI A:8–40 Köyhäinhoitotilasto 1900–1935; SVT XXI A:2–3 Huoltotilasto 1938–1943; STV 1946–1986; Toimeentulotuki 1985–1990 1992; Gissler & Mattila 2000. Syyryhmään *sairaus* on luettu myös mielisairauden ja vammaisuuden takia avustetut. Tilastoperusteiden muutosten takia luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia. Suurin muutos tapahtui vuonna 1965, jolloin tilastoon ei enää lainkaan sisällytetty pelkästään kunnalliskoti- tai mielisairaalahoitoa saaneita avustuspauksia. SVT XXI B:9 1965, 19–20. Kyseisestä vuodesta lähtien avuntarpeen syyn mukaiseen avustettujen lukuun sisältyvät siis pelkästään kotiavustusta tai muuta sairaalahoitoa saaneet. Vuosina 1989–1999 tilasto pohjautuu marraskuussa toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien avuntarpeen tärkeimpään taustatekijään. Mukaan on noina vuosina laskettu syyryhmät *terveydenhuoltomenot, sairaus (fyysinen tai psyykkinen)* ja vuosina 1989–1990 erikseen kategorisoitu *mielenterveysongelmat*. Sen sijaan *päihteiden käyttöä*, jonka osuus vaihtelee vuodesta 1989 alkaen 2,0–7,7 % välillä, ei ole sisällytetty kuvioon, sillä aiemmin alkoholin käyttö tulkittiin juoppoutena epäsosiaalisen elämäntavan osaksi.

avun tarveharkintaisesta perusluonteesta. Vaivaishoidontarkastelija Gustav Adolf Helsingius korosti vuonna 1910, ettei avunsaajien ”pidä katsoa vaivaishoitoa heille tulevaksi lailliseksi oikeudeksi”.[139] Tämä tarkoitti sitä, ettei avun saaminen ollut koskaan itsestäänselvyys, vaan jokaisessa yksityistapauksessa erikseen selvitettiin, kuuluiko henkilö ylipäätään kunnan avustettavien joukkoon.[140] Kunnan pakollinen avustusvelvollisuus koski alaikäisten ohella vain ”heikkomielisiä, raajarikkoisia sekä pitkällisempää tautia sairastavia tahi vanhuuttansa heikkoja, jotka ovat toisen holhousta vailla.”[141] Yksiselitteistä näkemystä siitä, millä perusteella yksittäinen hädänalainen ihminen oli luokiteltavissa näihin ryhmiin kuuluvaksi, ei ollut olemassa. Erityisesti käsite *pitkällisempi tauti* oli epäselvä. Helsingiuksen tulkinnan mukaan esimerkiksi hengenvaarallista, mutta ei-pitkäaikaista tautia sairastavat köyhät kuuluivat joka tapauksessa vapaaehtoisen avun piiriin, jonka myöntämisestä kunnat saattoivat päättää oman mielensä mukaan.[142] Siten erityistä lakisääteistä velvoitusta kunnallisen köyhäinavun antamiseen ei äkillisissä sairaustapauksissa edes ollut.

Kun agraarinen perinne ja luterilainen uskonto korostivat työnteon merkitystä ja omillaan toimeentuleminen oli normi, kunnan päättäjät mielsivät köyhäinhoidon yleensä rasituksena ja taakkana, josta pyrittiin pääsemään niin vähin uhrauksin kuin mahdollista.[143] Avun saaminen pyrittiin tekemään pelottavaksi ja häpeälliseksi, jotta onnenonkijat ja laiskurit välttäisivät avun varaan joutumista. Vakuutustarkastaja Onni Hallstén perustelikin vuonna 1906 työkyvyttömyysvakuutuksen tarvetta köyhäinavun nöyryyttävällä luonteella:

> Vaivaishoidon kautta annettu apu on aina almu. Jos yhteiskunta tarjoo ainoastaan almun henkilölle, joka ilman omaa syytään, usein ehkä juuri työnsä laadun tähden, on kadottanut suurimman osan

139 Helsingius 1910, 205.
140 Helsingius 1917, 13–26, 246–247, 254.
141 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus Yleisestä Waiwaishoidosta Suomen Suuriruhtinanmaassa 17.3.1879 no 10, § 2.
142 KM 1907:9, 13–15; Helsingius 1910, 205.
143 Esim. KM 1908:6, 159; KM 1921:15, 71; Jaakkola 1994, 110–142; Anttonen & Sipilä 2000, 48–49.

> ansaitsemiskyvystään, ja sen kautta hänen oma ja hänen perheensä toimeentulo on joutunut vaaran alaiseksi, tekee se hänelle tarjouksen, johon suostuminen useimmissa tapauksissa täytyy tuntua nöyryyttävältä, jopa kansallisarvoa alentavalta.[144]

Köyhäinapu ei ollut varsinainen avustus vaan pikemminkin laina, jonka kunta koetti aina mahdollisuuksien mukaan periä avunsaajalta tai hänen perheeltään takaisin. Yhteiskunnan apu saattaa ”tulla maksamaan avuntarvitsijan koko vastaisen elämän onnen”, todettiin Kansan Lehdessä vuonna 1901.[145] Kyvyttömyydestä itsensä elättämiseen seurasi velvollisuus alistua köyhäinhoitohallituksen isäntävallan ja holhouksen alaisuuteen, mikä samalla merkitsi äänioikeuden menetystä eli käytännössä kansalaisoikeuksien kumoutumista. Vajaavaltaisiksi, epäitsenäisiksi ja kunnottomiksi mielletyt köyhäinhoitolaiset luokiteltiin mm. irtolaisuudesta tuomittujen ja kruununveronsa maksamatta jättäneiden tavoin kelvottomiksi ja kykenemättömiksi poliittiseen kansalaisuuteen. Muistitieto osoittaa, että tilapäisestikin avustetun tai perheelleen apua hakeneen äänioikeus saatettiin evätä.[146]

Nöyryyttävän luonteensa ja seuraamustensa takia köyhäinapua ei voida pitää Marshallin kansalaisuusteorian tarkoittamana sosiaalisena oikeutena, ”joka olisi rikastuttanut yksilön oikeudet ja poliittiset oikeudet sisältänyttä kansalaisasemaa”[147] vaan päinvastoin: köyhäinapuun perustuvat terveyspalvelut rajoittivat sekä henkilön yksityisoikeudellista asemaa että poliittisia oikeuksia. Veikko Piiraisen mukaan kuilu vaivaishoitolaisten ja itsenäisesti elävien välillä syveni 1800-luvun lopulla, jolloin vaivaishoidon saajista alkoi muodostua erityinen, muiden yhteiskunnan jäsenten hyljeksimä yhteiskuntaluok-

144 Hallstén, Onni, Työkyvyttömyys- ja vanhuusvakuutuksen järjestämisestä Suomessa. Yhteiskuntataloudellinen Aikakauskirja 1906, 269.

145 Onkö köyhälistöllä hyötyä köyhäin lääkäreistä? Kansan Lehti 13.8.1901 no 92.

146 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus Yleisestä Waiwaishoidosta Suomen Suuriruhtinanmaassa 17.3.1879 no 10 § 31–32; Helsingius 1917, 20–23; Valtiollisen ja kunnallisen äänioikeuden menettäminen. Maalaiskunta 1923, 186; Eenilä 1971, 132; Satka 1995, 62–63; Harjula 2010. Esim. Norjassa köyhäinhoitolaisuus aiheutti niin ikään äänioikeuden menetyksen vuoteen 1919 asti ja Ruotsissa köyhäinapu poistui kokonaan äänioikeusrajoitusten joukosta vuonna 1945. Alver, Fjell & Ryymin 2013, 92; Berling Åselius 2005, 214.

147 Tuori & Kotkas 2008, 82.

ka.[148] Voidaankin olettaa, että köyhäinapuun kytkeytyneet terveyspalvelut loivat terveyskansalaisuuden alaluokan. Tarkastelen seuraavassa, millaisia hoitoonpääsyn hierarkioita 1900-luvun alun terveysjärjestelmä käytännössä loi ja ylläpiti. Koska sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoito rakentuivat useista erillisistä paikallisista ja tautikohtaisista järjestelmistä, joissa palveluiden tarjonta ja palvelun käytön taloudelliset mahdollisuudet muotoutuivat eri tavoin toisiinsa kietoutuviksi osasiksi, tarkastelen kutakin terveydenhuollon palvelua omana kokonaisuutenaan.

148 Piirainen 1958, 179, 396, 409–412.

3. HOITOONPÄÄSYN PAIKALLISET JA SOSIAALISET HIERARKIAT

Kiitoskauppa vai rahakukkaro: avohoidon järjestelmät

Köyhien, tehtaalaisten ja varakkaiden kaupunkilaisten lääkärit

Perusterveydenhuolto rakentui 1900-luvun alussa paikkakuntakohtaisin ratkaisuin vailla valtakunnallista koordinointia, joten palveluiden saatavuus oli täysin riippuvainen henkilön asuinpaikasta. Lääkäreitä oli eniten tarjolla Etelä-Suomen kaupungeissa, ja alhaisin lääkäritiheys oli puolestaan Itä- ja Pohjois-Suomessa (ks. taulukko 3 ja kartta 1). Suomen tilanne oli muita Pohjoismaita kehnompi, sillä yhden lääkärin vastuulla oli Ruotsiin verrattuna yli 1,5-kertainen ja Norjaan verrattuna peräti yli 3,5-kertainen väkimäärä.[149] Kokonaan ilman paikkakunnalla toimivaa tai säännöllisesti vierailevaa lääkäriä oli vuonna 1905 noin puolet ja 1930-luvun lopulla edelleen noin viidennes maalaiskunnista.[150] Kun hevoskyydillä lääkäriin lähteminen vei päiväkausia ja lähimpään puhelimeenkin saattoi olla kilometrien matka, on selvää, että avun saanti viivästyi ja tautien kanssa sinniteltiin kotikonstein mahdollisimman pitkään.

149 Oker-Blom 1916, 56.
150 SVT XI:21 1904, liite I, 45; SVT XI:27 1910, 151, 191; KM 1939:9, 46–47.

Taulukko 3. Lääkäreitä 10 000 asukasta kohti lääneittäin 1915–1996[151]

Lääni	1915	1938	1950	1965	1980	1996
Uudenmaan	6.0	9.8	13.8	16.5	28.3	37.3
Turun ja Porin	1.4	2.9	4.0	7.5	17.8	29.8
Ahvenanmaa		2.5	4.0	5.6	11.4	20.6
Hämeen	1.6	3.1	4.0	6.6	17.2	27.6
Viipurin/ Kymen	1.4	2.7	3.0	5.0	13.7	18.5
Mikkelin	1.4	2.2	2.7	4.9	14.3	20.6
Kuopion	1.2	2.3	2.6	5.3	19.9	37.0
Pohjois-Karjalan				4.1	11.7	18.8
Vaasan	1.1	1.8	2.6	4.2	12.2	19.2
Keski-Suomen				4.6	13.2	21.0
Oulun	1.1	1.7	2.6	4.4	19.5	31.1
Lapin		2.1	2.1	3.8	12.9	17.4
Koko maa	1.9	3.4	4.9	7.7	18.8	28.5
Lääkäreitä yhteensä	620	1321	1997	3553	9016	14832

Alueellisten erojen lisäksi lääkäripalvelut olivat sosiaalisesti eriytyneet. Varakkaiden terveyspulmat hoidettiin yksityislääkäreiden vastaanotoilla tai jopa ulkomaille suuntautuvilla kylpylämatkoilla.[152] Vuonna 1915 todettiin, että lääkärit jäivät mieluiten kaupunkeihin yksityislääkäreiksi.[153] Yksityisvastaanotot keskittyivätkin harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta juuri kaupunkeihin, ja esimerkiksi 1920-luvulle tultaessa peräti yli puolet yksityispraktiikkaa harjoittavista lääkäreistä toimi Helsingissä.[154] Taulukosta 4 on nähtävissä, että yksityislääkäreiden osuus koko lääkärikunnasta ylsi tuolloin noin 30 prosenttiin,

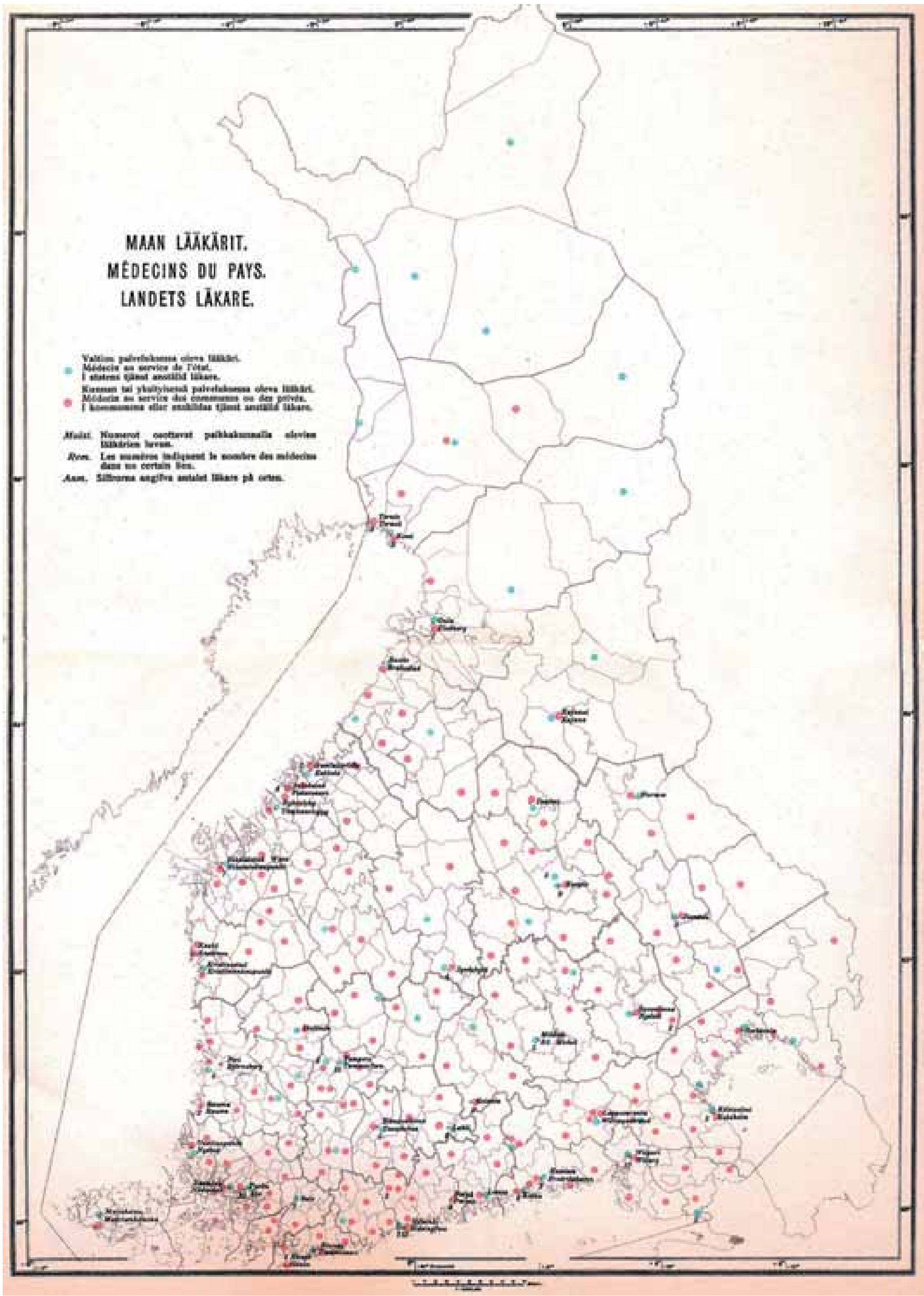
151 Läänikohtaisia lukuja ei sisälly lääkintöhallituksen vuosikertomuksiin ennen vuotta 1915. Lukuun sisältyvät valtion, kuntien ja yksityisten palveluksessa olevat ja yksityispraktiikkaa harjoittavat lääkärit vuosina 1915–1950, Suomessa asuvat lääkärit vuosina 1965–1980 ja Suomessa asuvat työikäiset lääkärit vuonna 1996. Läänien rajat muuttuivat, kun vuonna 1938 perustettiin Lapin lääni ja vuonna 1960 Keski-Suomen sekä Pohjois-Karjalan läänit. SVT XI:32 1915, 52–55; STV 1917, 13–25; SVT XI:55 1938, taulukko 1; STV 1939, 5; SVT XI:56 1939–1952, 2–4; SVT XI:68 1965, 208; SVT XI:77 1979–80, 259; Vaalgamaa & Ohtonen 1997, 13, 85.

152 Häggman 1994, 70–80.

153 Oker-Blom 1916, 67–68.

154 Idman 1911, karttalehti no 30, 5; SVT XI:35 1918, taulu 1; SVT XI:37 1920, taulu I.

ja seuraavina vuosikymmeninä yksityislääkäreiden asema suurimpana yksittäisenä lääkäriryhmänä säilyi edelleen.



Kartta 1. Lääkärit Suomessa 1900-luvun alussa[155]

155 Idman 1911, karttalehti no 30.

Taulukko 4. Lääkärit toimialoittain (%) vuosina 1915–1954[156]

	1915	1920	1930	1938	1946	1954
kunnan- ja kaupunginlääkärit	36.1	25.8	25.0	22.9	17.3	18.0
valtion ja kunnan sairaalalääkärit	16.0	17.5	20.0	24.1	28.3	31.3
valtion piiri- ja aluelääkärit/ lääninlääkärit	8.7	8.6	5.9	4.4	2.6	0.7
valtion ja kunnan muut lääkärit	…	18.5	12.7	12.8	10.3	9.0
muut praktiikkaa harjoittavat	39.2	...	…	…	…	…
yksityisten palveluksessa olevat ja yksityispraktiikkaa harjoittavat	…	29.6	36.4	35.8	41.5	41.0
joista teollisuuslaitosten palveluksessa	…	…	…	…	1.4	1.4
yhteensä	100	100	100	100	100	100
lääkäreitä yhteensä	620	662	1000	1321	1647	2295

Oma erillinen palvelujärjestelmänsä oli tehtaalaisten terveydenhuolto, joka ylläolevassa lääkintöhallituksen tilastossa näkyy omana kokonaisuutenaan vasta 1940-luvulla. Lääkärit hoitivatkin tehdaslääkärin tehtäviä usein sivutoimisena, päätyönsä ohella.[157] Tehtaanlääkärit olivat muiden yksityislääkäreiden tavoin kaupunkilainen ilmiö: vuosisadan alussa maalaiskunnissa toimi vain muutamia tehtaanlääkäreitä. Vuonna 1924 tehtaanlääkäreitä laskettiin olevan kaiken kaikkiaan 17 paikkakunnalla, joten kyse oli edelleen varsin harvinaisesta ammattikunnasta.[158]

156 Vastaavaa tilastoa ei ole SVT:ssä julkaistu aiemmilta eikä myöhemmiltä vuosilta. Kun vuodelta 1915 ilmoitettu kategoria ”muut praktiikkaa harjoittavat lääkärit” sisälsi yksityislääkäreiden ohella mitä ilmeisimmin myös erikseen tilastoituihin luokkiin kuulumattomia ammatinharjoittajia, kuten esimerkiksi valtion rautatielääkäreitä, lukua ei voida suoraan verrata yksityislääkäreiden osuuteen myöhempinä vuosina. Vuonna 1946 piirilääkärit on jo osin ja vuonna 1954 kokonaan korvattu lääninlääkäreillä. Sairaalalääkäreihin on 1946 ja 1954 laskettu myös tuberkuloosilääkärit, vaikka osa heistä saattoikin toimia avohoidossa. SVT XI:32 1915, 52–55; SVT XI:37 1920, taulu I; SVT XI:47 1930, taulu I; SVT XI:55 1938, taulukko 1; SVT XI:56 1939–52, 2; SVT XI:57 1953–54, 2.

157 Vielä 1970-luvullakin suurin osa työpaikkalääkäreistä oli osa-aikaisia. Husman 1974, 134.

158 SVT XI:27 1910, 151, 190; Suomen kartasto 1925 1929, no 37, Terveydenhoito ja taudit, Kartta 3.

Tehtaanlääkärin ohella tehtaalaisten terveydenhuolto rakentui ansionmenetystä korvaavan sairauskassan varaan. Järjestelmän piiriin kuuluivat pääasiassa suuret teollisuuslaitokset. 1800-luvun lopulla valtaosa tehdaskassoista edellytti kaikkien työntekijöiden pakkojäsenyyttä, mutta osa kassoista muuttui 1900-luvun alussa jäsenyydeltään vapaaehtoiseksi. Kassojen käytännöissä oli eroja myös sen suhteen, tarjottiinko palveluita ja lääkkeitä täysin ilmaiseksi vai edulliseen hintaan. Useimmiten etuudet rajattiin vain kassamaksuja maksaviin työntekijöihin, mutta lähes puolet suurista tehtaista kustansi lääkkeitä myös perheenjäsenille, ja muutamissa yrityksissä lääkäripalveluihin pääsivät myös työntekijöiden perheet. Esimerkiksi 1920-luvun alussa laskettiin, että noin puolet suuryrityksistä järjesti henkilökunnalleen lääkäripalvelut ja vajaalla 60 prosentilla oli sairauskassa (taulukko 5). [159] Muuhun väestöön verrattuna tehtaalaiset olivat siten etuoikeutetussa asemassa, ja Jouko Jaakkolan arvion mukaan tehtaalaisten lääkäripalvelujen käyttö oli 1900-luvun alussa muuta väestöä yleisempää.[160] Sakari Saaritsan tekemä vuoden 1928 elinkustannustutkimusaineistoon perustuva analyysi vahvistaa tulkintaa siitä, että työsuhteeseen liittyvät ilmaiset terveyspalvelut loivat parhaat mahdollisuudet hoidon saamiseen.[161]

Taulukko 5. Suurten teollisuuslaitosten terveyspalvelujen ja sairauskassojen yleisyys (%) 1920-luvun alussa 150 teollisuusyritykseen pohjautuneen selvityksen pohjalta[162]

sairauskassa	58 %
lääkäri	52 %
lääkekustannusten korvaus	45 %
sairaanhoitaja/diakonissa/kätilö	43 %
sairaala tai sairaalapaikkoja	22 %

159 Markelin-Svensson, Jenny, Työväenhuolto Suomen suurteollisuudessa III. SAik 7/1923, 424–425; Kuusi 1931, 780–783; Jaakkola 1993, 25–56.
160 Jaakkola 1982, 185–193.
161 Saaritsa 2014, 105–144.
162 Tutkimuksen kohteena olleilla 150 teollisuuslaitoksella oli yhteensä 222 tehdasta. Markelin-Svensson, Jenny, Työväenhuolto Suomen suurteollisuudessa SAik 4/1923, 225–226 ja SAik 7/1923, 421–426.

Työväenlehdissä myönnettiin, että maksuttomat palvelut olivat korvaamattomia ja että myös työhönsä tunnollisesti suhtautuvia tehdaslääkäreitä oli olemassa. Silti järjestelmän kuvattiin synnyttäneen potilaissa pelokasta suhtautumista: ”jos tehtaalaisväestö olisi lääkäriinsä suorassa maksajan suhteessa”, ”silloin ei tehtaalaisen tarvitsisi arkaillen astua lääkärin odotushuoneeseen kuten kerjuulla kulkijan”.[163] Järjestelmää kritisoitiin vastaanottojen liukuhihnamaisesta, ylimalkaisesta luonteesta:

> Ovesta sisään pistäytyessä on jo tavallisesti resepti valmiiksi tehtynä potilaalle, paraimmassa tapauksessa tehdään se sairaan tultua sisälle hänen antamalleen lapulle, syventymättä tarkemmin tutkimaan taudin laatua ja luonnetta. Niinpä nämät reseptit sitten sisältävätkin joitain tehottomia, halpoja lääkemääräyksiä, jotka hyvin usein ovat yhtäläisiä kaikille sairaille tehtaalaisille, huolimatta heidän tautiensa erilaisuudesta.[164]
>
> Lääkärit, jotka olivat ottaneet summakaupalla koko tehtaan sairaat hoitaakseen, pyrkivät päästä hoidettavistaan niin vähällä työllä kuin suinkin mahdollista (…).[165]

Yksityis- ja tehdaslääkäreiden vaihtoehtoina olivat julkiset palvelut, joita tarjosivat valtion palkkaamat piirilääkärit sekä kuntien palveluksessa toimivat kunnan- ja kaupunginlääkärit. Piirilääkäreiden määrä oli enimmilläänkin vain 53, ja heidän osuutensa koko lääkärikunnasta putosi 1910-luvulla alle kymmenen prosentin. Kuvaavaa onkin, että valtion palkkalistoilla oli 1900-luvun alussa enemmän piirieläinlääkäreitä kuin piirilääkäreitä: kansantaloudellisesti tärkeän karjatalouden turvaamiseen satsattiin enemmän kuin väestön terveyteen. Piirilääkäreiden pääasiallinen tehtävä oli tautien ennaltaehkäisy ja hygienian valvominen. Potilastyö oli ohjesäännön mukaan sallittua vain, mikäli se ei häirinnyt muuta viranhoitoa. Käytännössä vastaanotot kuuluivat

163 Kaarlo S, Tehdaslääkärit. Työmies 30.6.1904 no 148; Tehdasyhtiöiden työväelle kustantama lääkärinapu. Työmies 6.8.1903 no 178.
164 Kaarlo S, Tehdaslääkärit. Työmies 30.6.1904 no 148. Myös: Naisosaston kokouksessa. Kansan Lehti 28.3.1901 nro 36.
165 Tehdasyhtiöiden työväelle kustantama lääkärinapu. Työmies 6.8.1903 no 178.

piirilääkäreiden työnkuvaan – ja jopa hallitsivat sitä. Heini Hakosalo on todennut, että piirilääkärillä saattoi olla varsin tiiviitä potilassuhteita, mutta toisaalta piirin syrjäseutujen asukkaat eivät välttämättä koskaan tavanneet lääkäriään.[166]

Päävastuun maaseudun potilastyöstä kantoivat kunnanlääkärit, joiden määrä ylitti jo 1900-luvun alussa piirilääkäreiden määrän.[167] Puolet maalaiskunnista oli vuonna 1910 kunnanlääkäritoiminnan piirissä (taulukko 6). Kattavin kunnanlääkäriverkosto alkoi rakentua Kuopion lääniin. Kun virat perustettiin aluksi määräaikaisiksi eikä valtionapua – joka yleensä kattoi puolet lääkärin palkasta – myönnetty 1910-luvun puolivälissä lainkaan, kehitysvauhti kuitenkin hiipui.[168] Esimerkiksi vuonna 1915 maassa oli yhteensä 165 kunnanlääkäripiiriä, mutta niistä 30 prosenttia oli joko kokonaan tai osan vuodesta vailla viranhaltijaa.[169]

Taulukko 6. Kunnanlääkärin palkkaamiseen osallistuneet maalaiskunnat (% kunnista) vuosina 1904, 1910 ja 1925[170]

Lääni	1904	1910	1925
Uudenmaan	36	48	55
Turun ja Porin	30	37	45
Hämeen	45	54	62
Viipurin	41	59	57
Mikkelin	50	54	67
Kuopion	63	75	77
Vaasan	55	58	68
Oulun	31	34	28
koko maa	41	49	54
palkkaamiseen osallistuneita kuntia yhteensä	196	240	280

166 KM 1892:8, 24–25; KM 1908:7, 21–22; VP 1909 II, A V, Anom. miet. no 24, Talousvaliok. miet. no 3, 1–2; Hellens 1910, 526–535; SVT XI:32 1915, 52–55; Pesonen 1980, 160–165; Vuolio 1992, 12–14, 45; Hakosalo 2010, 1546.

167 Hakosalo 2010, 1548.

168 SVT XI:21 1904, liite I, 39–40; SVT XI:32 1915, 57; SVT XI:33 1916, 53; Oker-Blom 1916, 66–67; Vuolio 1992, 119–120.

169 SVT XI:32 1915, 57.

170 Mukaan on v. 1904 ja 1910 laskettu aluelääkäripiirit, jotka olivat valtiollisia, mutta vastasivat toimenkuvaltaan kunnanlääkärin tehtäviä. Näitä aluelääkäripiirejä oli vuonna 1904 Oulun läänissä yhteensä 6 ja vuonna 1910 Oulun läänissä 7 ja saaristossa 2. SVT XI:21 1904, liite I, 44; SVT XI:27 1910, 150–152,190; Kajava 1929, 268.

Vaikka piiri- ja kunnanlääkärit olivat valtion tai kunnan viranhaltijoita, potilaiden vastaanotto miellettiin ikään kuin yksityispraktiikan harjoittamiseksi. Jorma Sipilä ja Anneli Anttonen ovatkin luonnehtineet virkoja ”erikoiseksi yhdistelmäksi julkisia tehtäviä ja yksityisiä potilaita”.[171] Peruslähtökohta oli se, että lääkärin vastaanotto oli potilaalle maksullinen.[172] Kun kaikilla ei ollut maksuihin varaa, julkiseen perusterveydenhuoltoon luotiin jako itsemaksaviin ja köyhiin kansalaisiin.

Valtiollisen ohjesäännön (1832) mukaan piirilääkäri oli velvollinen maksutta ”valansa ja oman tunnon jälkeen neuvomaan ja auttamaan köyhiä”.[173] Avunsaanti ei ollut sidottuna köyhäinhoidon asiakkuuteen, ja käytäntöä voidaankin pitää sikäli merkittävänä, että se tarjosi hoitoonpääsyn periaatteessa kaikille kansalaisille.[174] Käytännössä piirilääkäreiden vähäinen määrä teki kuitenkin ilmaisesta avunsaannista harvojen etuoikeuden. Piirilääkäreiden maksavat asiakkaat puolestaan jaettiin kahteen ryhmään: *vähemmin varakkailta* perittiin kustannukset erityisen taksan mukaan ja *varallisemmilta* tapauskohtaisen sopimuksen mukaan.[175]

Kunnanlääkärien vuonna 1901 hyväksymän ohjesääntöehdotuksen mukaan lääkärin piti antaa vastaanotolla ilmaiseksi ”yksinkertaiset lääkemääräykset kaikille kunnan vakinaisille vaivaishoitolaisille”, mutta käytännöt vaihtelivat eri kunnissa. Vuoteen 1906 mennessä 3/4 kunnanlääkäripiireistä oli kirjannut asiaa koskevia määräyksiä, ja säädökset olivat usein malliohjesääntöä runsaskätisempiä: maksutonta apua saatettiin antaa vaivaishoitolaisten ohella myös muille kunnan esimiehen köyhiksi todistamille kuntalaisille. Kolmannes piireistä sitoutui lisäksi järjestämään köyhän luokse tehdyn sairaskäynnin kyydin tai korvaamaan kulut, eikä säädöksissä myöskään rajoitettu hoidon laatua.[176] Valtiollinen komitea suositteli kuntia laatimaan tarkat säännöt maksuttoman avun myöntämisestä, sillä ”jollei tällaisia tarkkoja määräyksiä ole olemassa siitä ketä köyhänä on pidettävä,

171 Anttonen & Sipilä 2010, 111.
172 Vuolio 1992, 13, 41–42, 51.
173 Pesonen 1980, 160–165; Vuolio 1992, 13.
174 Kildal & Kuhnle 2005, 18.
175 Pesonen 1980, 165.
176 Vuolio 1992, 51, 53–54, 57–58, 62.

syntyy helposti kunnan ja lääkärin välillä rettelöitä tässä suhteessa, kuten käytännössä ja usein on tapahtunut”.[177]

Maksavien potilaiden osalta valtaosa kunnanlääkäreistä määritteli vastaanottohintansa itse. Viidesosa kunnista noudatti erityistä taksaa, jonka mukaan lääkärit saattoivat periä kiinteähintaisen korvauksen – yleensä vähintään markan – yksinkertaisesta tutkimuksesta ja reseptinkirjoittamisesta; vaativammista operaatioista kuten leikkauksista maksettiin tapauskohtaisesti ja matkakustannuksia koskevat käytännöt vaihtelivat kunnittain. Varsinkin syrjäseuduilla lääkärin matkoista kertyi helposti suuria summia: esimerkiksi Kannuksessa pidemmästä matkasta velotettiin kiinteä 20 markan korvaus. Kun taksat poistettiin kokonaan vuonna 1921 uusitulla ohjesäännöllä, kunnanlääkärit saivat vapaasti hinnoitella hoitopalkkionsa suuruuden.[178]

Maalaiskuntien tavoin myös kaupungit laativat itsenäisesti omat ohjesääntönsä kaupunginlääkärintointa varten. Vuonna 1908 ilman kaupunginlääkäriä laskettiin olevan vain neljä kaupunkia. Suurimmissa kaupungeissa varakkaille ja varattomille luotiin täysin erilliset palvelukanavat, kun kaupunginlääkärin rinnalle palkattiin erityinen köyhäinlääkäri.[179] Esimerkiksi Helsingissä toimi 1900-luvun alussa peräti seitsemän alue- eli köyhäinlääkäriä, ja ainakin köyhien asuttamissa työläiskaupunginosissa käytännöksi muotoutui se, että kaikki alueen asukkaat olivat oikeutettuja maksuttomaan apuun ilman viranomaisilta hankittuja todistuksia.[180] Sen sijaan Tampereella vähävaraisten lääkärille pääsyyn tarvittiin köyhäinhoidon antama varattomuustodistus.[181] Oulun kaupunginlääkärien edellytettiin noudattavan säästäväisyyttä määrätessään lääkkeitä tai muita tarvikkeita köyhäinhoidon laskuun.[182]

177 KM 1892:8, 108.
178 Vuolio 1992, 51–52, 87. Esim. Ikaalisissa matkakuluista veloitettiin 1 markka per kilometri ensimmäiseen 10 kilometriin asti ja sen jälkeen 50 penniä kilometriltä. Bergstedt 1907, 528–529, 538–539.
179 Koskimies 1908, 358–359; Rasila 1983, 365–366.
180 Waris 1934, 77–80.
181 Bergstedt 1907, 472–473; Tampereen terveyshoitolautakunnan kertomus 1900, 60–61. Teoksessa: Kertomus Tampereen kaupunginvaltuusmiesten toiminnasta v. 1900. Tampere 1901; Tampereen kaupungin köyhäinhoito 1920, 17–18. Teoksessa: Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1920. Tampere 1922.
182 Bergstedt 1907, 484.

Julkisten lääkäripalveluiden hoitoonpääsyehdot olivat siis eri paikkakunnilla varsin erilaiset. Vaikka kunnan- ja kaupunginlääkärijärjestelmä periaatteessa turvasi lääkärinavun köyhimmillekin, kynnystä avun hakemiseen kuvattiin Kansan Lehdessä seuraavasti: ”sairastava työmies tahi nainen tietää, että tie köyhäinlääkärin luokse, muuten paitsi rahakukkaron kanssa, on sangen kaita ja okainen. Siinä saa ensin hakea sen seitsemätkin paperit ja kuunnella kaikenkarvaisten hallintovirkamiesten, usein törkeitäkin, solvauksia”.[183] Nurmeksen kunnanlääkäri kritisoikin vuonna 1906 kuntien lyhytnäköistä ja niukkaa avustuslinjaa:

> Mitä tulee kunnassa olevien vähävaraisten sairaiden hoitoon, mainittakoon ensiksi että kunnat ovat itsekkin vähävaraisia, eivätkä mielellään suostu uhrauksiin yksityisten vuoksi. Usein myönnetään vasta viime tingassa hoitoa tai lääkeavustusta vähävaraisille sairastuneille ja useinkin liian myöhään. Seuraus tästä on että jää huonokuntoista joukkoa kun perheen elättäjä menettää terveytensä sellaisissakin tapauksissa, joissa tehokas avustus ajallaan olisi kääntänyt sairauden terveydeksi.[184]

Monet kunnanlääkärit pitivät korvauksettoman hoidon antamista kohtuuttomana velvoitteena, sillä lääkäreillä ei ollut oikeutta periä kunnalta erityispalkkiota varattomille annetusta avusta. Vuoden 1921 ohjesääntöön kirjattiinkin määräys, jonka mukaan kunnanlääkärin piti saada varattoman luokse tehdystä potilaskäynnistä kunnalta ilmainen kyyti ja ”kohtuullinen korvaus sopimuksen mukaan”.[185]

Työväenlehdissä epäiltiin, että tehtaanlääkäreiden tavoin myös köyhäinlääkärit paneutuivat pienemmällä tarmolla ilmaisasiakkaittensa tutkimiseen: ”siinä ajassa kun maksukykyisiä sairaita tarkastetaan yksi tahi pari, tarkastetaan kiitoskaupalla kulkevia kymmenen”.[186] Toisaalta kunnanlääkäreiden muistelmat kertovat pyyteettömästä

183 Onkö köyhälistöllä hyötyä köyhäin lääkäreistä? Kansan Lehti 13.8.1901 no 92.
184 SVT XI:23 1906, 144.
185 Vuolio 1992, 42, 85, 87–88.
186 Onko köyhälistöllä hyötyä köyhäin lääkäreistä? Kansan Lehti 13.8.1901 no 92.

auttamisesta sekä luottamuksellisista potilassuhteista.[187] Lääkäreiden ammattilehdessä korostettiin vuonna 1916, kuinka uuden kunnanlääkäripestin myötä ”kypsymättömän” seudun väestö vähitellen ”oppi tarvitsemaan lääkäriä”.[188] Juuri viran kunnallinen luonne miellettiin yhdeksi pääsyyksi kunnanlääkäreiden saavuttamaan luottamukseen,[189] ja ylipäätään luottamuksen rakentamista edesauttavana seikkana pidettiin lääkärikunnan ei-elitististä taustaa. 1930-luvun puolivälissä laskettiin, että kaksi kolmannesta lääkärikunnasta oli suomenkielistä ja lähtöisin ”vähemmän opillisista ja varallisista kodeista” kuin ruotsinkieliset kolleganssa.[190] On kuitenkin ilmeistä, että palveluiden saatavuuteen liittyvän alueellisen ja sosiaalisen epätasa-arvon lisäksi 1900-luvun alussa kansalaiset kohtasivat myös lääkäripalveluiden laatuun liittyvää eriarvoisuutta.

Kiertävät sairaanhoitajattaret syrjäseutujen lääkäripulan paikkaajina

Terveydenhuollon kenttätyötä tekivät 1900-luvun alussa myös kiertävät sairaanhoitajattaret ja diakonissat, jotka paikkasivat omalla panoksellaan varsinkin syrjäseutujen lääkäripulaa. Kiertävien sairaanhoitajattarien määrä kasvoi 1900-luvun alussa (taulukko 7) nopeasti siten, että se ylitti 1920-luvulle tultaessa alueella toimivien lääkäreiden määrän neljällä alueella: Turun ja Porin, Vaasan, Oulun sekä Mikkelin läänissä.[191] Taulukko 8 osoittaa, että vuosisadan vaihteesta lähtien toiminta organisoitui varsin erilaisten paikallisten käytäntöjen ja yhteistyösuhteiden pohjalta. Kiertävien sairaanhoitajattarien kytkennät kirkkoon olivat tiiviit sikäli, että osa heistä sai koulutuksensa valtiollis-

187 Tähkä 1962; Tahvanainen & Nirkko 2000; Pasternack, Ruokonen & Ståhls-Hindsberg 2006.
188 Oker-Blom 1916, 69.
189 KM 1908:7, 20.
190 Vuolio 1992, 23–25; Takaharjun parantolan perustuskiven laskeminen heinäkuun 15 p.1910. Duodecim 8–9/1901, 241; Soininen, Gunnar, Eräitä katsauksia suomalaiseen lääkärikuntaan. Duodecim 12/1935, 1086, 1093–1096; Ignatius 2012, 241–243.
191 SVT XI:37 1920, taulu 1, II–IV.

ten lääninsairaaloiden sijaan kristilliseen sisälähetykseen pohjautuvissa diakonissalaitoksissa. Nimikkeet *kiertävä sairaanhoitajatar ja diakonissa* olivatkin 1900-luvun alussa pitkälti päällekkäiset.[192]

Taulukko 7. Kiertävät sairaanhoitajattaret ja diakonissat lääneittäin 1904–1938[193]

Lääni	1905	1915	1920	1938
Uudenmaan	0	37	41	44
Turun ja Porin	9	54	84	74
Ahvenanmaa			0	2
Hämeen	3	49	48	58
Viipurin	11	47	54	93
Mikkelin	2	22	31	38
Kuopion	5	29	35	63
Vaasan	3	56	71	57
Oulun	11	50	45	50
Lapin				18
koko maa	44	344	409	497

Taulukko 8. Kiertävien sairaanhoitajien organisaatiot vuonna 1905[194]

organisaatio	**palkattujen lukumäärä**
seurakunta	14
yhdistys	12
kunta	10
yksityinen tai yhtiö	2
kunta ja yhdistys/ yksityinen	2
ei tietoa	4
yhteensä	**44**
valtionapua saaneet	9

192 Sairaanhoitajien koulutus yhdenmukaistettiin vuonna 1929. Markkola 2002, 61–73; Pyykkö 2004, 110–143; Hilli 2007, 67–79; Markkola 1999, 189–195.

193 Vuonna 1938 tilastoitiin lisäksi omana kategorianaan terveydenhoitajattaret, joita oli koko maassa yhteensä 486. SVT XI:21 1904, liite I, 76; SVT XI:32 1915, 52–55; SVT XI:37 1920, taulu I, II–IV; SVT XI:55 1938, taulukko I, III–V.

194 Taulukossa ei ole mukana niitä kuntia, joissa toimintaa ei ollut tilastoimisajankohtana. SVT XI:21 1904, 74–76.

Kiertävän sairaanhoitajattaren palkkaamiseksi myönnettiin vuosisadan vaihteessa valtionapua vain niihin kuntiin, joissa toimi lääkäri, sillä sairaanhoitajattarien haluttiin toimivan tiukasti lääkärin valvonnan alaisina.[195] Käytännössä ammatti muotoutui kuitenkin varsin itsenäiseksi. Vuonna 1896 syntynyt, kuusi vuotta kiertävänä sairaanhoitajana Kiuruvedellä työskennellyt Ada Mikkonen kuvaili työn luonnetta seuraavasti:

> Monta kertaa kun tulivat tohtoria hakemaan sairaan luokse, tohtori lähetti minut ja sanoi, että hän tulee jos tarvitaan. (...) Paljon tultiin hoitajaa suoraan hakemaan ja siitä piti yrittää tehdä anamneesia lääkärille. Tohtori lähetti minut muutamia kertoja synnytykseen, kun ei se ainoa kätilö kerinnyt. (…) Kyllä silloin ihmiset olivat vähään tyytyväisiä. Ihmiset luottivat ja odottivat hoitajalta paljon, ei auttanut aina paljastaa kuinka se hoitaja oli tietämätön ja pelko ja epävarmuus povessa pompotti. Silloin luotettiin sairaanhoitajaan niin paljon (…)[196]

Konrad ReijoWaaran vuonna 1903 maaseutudiakonissoja ja -sairaanhoitajia varten kirjoittamassa opaskirjassa korostettiin, että varsinaisen kansan keskuudesta lähteneet sopivat työhön paremmin kuin suurempiin mukavuuksiin tottuneet säätyläisnaiset.[197] Sairaanhoitajattarien palveluista kaavailtiin maksuttomia, jotta oli mahdollista tavoittaa suuri yleisö ja toisaalta vähentää sairaanhoitajattarien vaaraa ajautua puoskaroinnin harjoittajiksi.[198] Ilmaishoito ei kuitenkaan sisältynyt valtionavun ehtoihin,[199] ja ReijoWaaran laatiman ohjesääntöehdotuksen mukaan vain sairaanhoitajan kodissaan päivällä antamat neuvot ja apu olivat ilmaisia kaikille. Varakkailta voitiin ehdotuksen mukaan periä erityinen maksu, jonka suuruus määräytyi sosiaalisen aseman pohjalta.[200] On siis ilmeistä, että kuntakohtaiset käytännöt muo-

195 SVT XI:21 1904, liite I, 72–73; Pesonen 1980, 440–441.
196 Tahvanainen & Nirkko 2000, 99–100.
197 Ignatius 2012, 686.
198 SVT XI:21 1904, liite I, 70–72.
199 SVT XI:21 1904, liite I, 73.
200 Relander, Konr., Kiertävistä sairaanhoitajista maalaiskunnissa. Duodecim 1/1898, 32–41.

toutuivat erilaisiksi. Kiertävien sairaanhoitajien tehtävät sulautuivat vähitellen osaksi muiden ammattikuntien, ennen muuta 1920-luvulta lähtien muotoutuneen terveyssisaren ammatin (luku III) toimenkuvaa. Samalla diakonissa-nimike alkoi yhä selvemmin kytkeytyä seurakunnalliseen auttamistyöhön.[201]

Kätilönapu varattomienkin saatavilla?

Terveydenhuollon naisammateista vakiintunein oli kätilön toimi, jota säädeltiin valtiollisella kätilöohjesäännöllä (1859, 1879).[202] Kätilöt olivat suurin yksittäinen terveysalan ammattikunta, sillä vasta 1920-luvulla lääkäreiden määrä ylitti kätilöiden lukumäärän (kuvio 9 s. 148). Kätilöiden saatavuus parani valtionapujen turvin siten, että kun 1900-luvun alussa vain vajaa neljännes synnyttäneistä sai koulutettua apua, luku ylsi 1920-luvun alkuvuosina jo 50 prosenttiin. Alueelliset erot olivat silti huomattavat: eteläiset ja läntiset läänit kulkivat kehityksen kärjessä, kun taas Mikkelin, Kuopion ja Viipurin läänien asema peränpitäjänä säilyi (taulukko 9). Kartta 2 osoittaa, että läänien sisälläkin naapurikuntien synnyttäjät saattoivat olla täysin eri asemassa. Kaupungeissa jokaisen synnyttäjän todettiin jo 1910-luvulla voivan saada apua, kun samanaikaisesti pienissä, vähävaraisissa maalaiskunnissa jouduttiin selviämään kokonaan ilman kätilöä.[203]

201 Esim. Pyykkö 2004; Punto 1991; Siivola 1985. 1950-luvun aikana kiertävien sairaanhoitajattarien pienenevän ammattikunnan painopiste siirtyi syrjäseuduilta kaupunkikunnissa tapahtuvaan kotisairaanhoitoon. KM 1939:9, 47–55; SVT XI:56 1939–52, 49; SXT XI:64 1961, 142.

202 Pesonen 1980, 265, 310–311.

203 Levander, G. V., Kätilöoloista maaseudulla. Duodecim 9–10/1911, 324.



Kartta 2. Kätilöiden käyttö synnytyksissä vuonna 1909[204]

204 KM 1912:5, liite.

Taulukko 9. Koulutettua synnytysapua saaneiden osuudet lääneittäin 1900–1930, % synnytyksistä[205]

Lääni	1900	1910	1920	1930
Uudenmaan	49.3	67.0	78.9	96.5
Turun ja Porin	34.1	44.5	60.3	81.6
Ahvenanmaa	59.4	53.8	80.5	90.7
Hämeen	22.6	46.9	57.5	91.4
Viipurin	14.2	27.4	34.6	59.6
Mikkelin	9.0	18.6	26.1	45.3
Kuopion	10.2	19.1	23.3	49.3
Vaasan	23.7	40.8	45.4	72.6
Oulun	19.5	33.6	36.5	56.5
Koko maa	23.8	38.2	45.1	68.8
kätilöitä yhteensä	643	767	775	986

Vielä vuosisadan alussa liki kolmannes kätilöistä toimi yksityisyrittäjänä, mutta heidän lukumääränsä kääntyi 1910-luvulla laskuun samalla kun ammatti 1900-luvun alkuvuosikymmeninä vakiintui kunnalliseksi viraksi.[206] Kätilöiden palkkiokäytännöt muistuttivat lääkäriammatin maksuperusteita: yksityinen kätilö sopi palkkiosta tapauskohtaisesti, kun taas kunnan kätilö sai periä kuvernöörin vahvistaman taksan mukaisen korvauksen. Kunnan kätilön piti auttaa köyhiä synnyttäjiä maksutta, mikäli kunta ei sitoutunut maksamaan korvausta. Kuitenkin synnyttäjän tuli korvata kätilölle matkakulut sekä ruoka.[207] Piirilääkäri Gustaf Väinö Levander nimesikin kätilön käytön esteiksi 1910-luvulla kuntien laajuuden ja kulkuneuvojen puutteen lisäksi erityisesti sen seikan, että vaikka kätilön apu sinällään olikin ilmaista, niin ”täytyy köyhän kumminkin palkata kyyti kätilölle”.[208]

205 Siirala Martti, Kätilölaitoksemme viimeaikaisesta kehityksestä 1900–1930. Duodecim 8/1933, 840.
206 Siirala Martti, Kätilölaitoksemme viimeaikaisesta kehityksestä 1900–1930. Duodecim 8/1933, 840.
207 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Ohjesääntö kätilöimille Suomessa 6.5.1879 no 17, § 31–34.
208 Levander, G. V., Kätilöoloista maaseudulla. Duodecim 9–10/1911, 339.

Käytännössä kunnankätilöiden todettiin perineen korvauksia synnyttäjän varakkuuden mukaan: 8-10 markkaa virkamiehiltä, 2-4 markkaa talollisilta, 1 markka itsellisiltä ja mökkiläisiltä. Ilmaiseksi hoidettavia köyhiä saattoi olla jopa kolmannes synnyttäjistä, ja esimerkiksi Hollolassa kyytimaksutkin saattoivat mennä kätilön omasta pussista, ellei vaivaishoito niitä korvannut.[209] Myös yksityiskätilöt kertoivat hankaluuksista saada palkkiota työstään, jos henkilö oli haluton tai kykenemätön maksamaan.[210]

Periaatteessa synnytysapua oli siis tarjolla varattomallekin, mutta maksujärjestelyt edellyttivät köyhäinhoitoon turvautumista. Köyhät saattoivat mieluummin kääntyä maallikkokätilöiden puoleen paitsi taloudellisista myös sosiaalisista syistä: ammattikätilöiden rooli puhtauden lähettiläinä toimi myös sosiaalisen erottautumisen välineenä, jolloin puutteeseen, likaan ja syöpäläisiin liittyvä köyhyyden häpeä esti kätilön käytön. Muistitietoaineiston mukaan ”kirkonkylän kätilölle olisi pitänyt olla hyvä vuode ja valkeat lakanat jos ne olisi yöksi jääneet”. Lisäksi ”kirjanoppineita kätilöitä” moitittiin häijyiksi ja arimpien todettiin jopa pelkäävän kätilöiden siisteyttä koskevia huomautuksia.[211]

Sairaalasynnytys oli 1900-luvun alussa poikkeustapaus: 1920-luvun puolivälissäkin vielä 85 prosenttia synnytyksistä tapahtui kotioloissa. Selvästi muuta maata yleisempiä sairaalasynnytykset olivat Uudellamaalla, jossa niiden osuus ylitti tuolloin jo 50 prosenttia.[212] Synnytyslaitosten alkuperäiset tavoitteet olivat kriminaali- ja huoltopoliittiset. Siksi valtion sairaaloiden synnytysosastot oli alun perin suunnattu ennen muuta naimattomille, varattomille synnyttäjille. Kun 1890-luvulla myös kunnallisille ja yksityisille laitoksille alettiin maksaa valtionapua, toiminta ulotettiin myös varakkaisiin ja naimisissa oleviin synnyttäjiin. Etusija annettiin silti varattomille, joita varten laitosten tuli varata tietty paikkakiintiö – yleensä 2 ja enimmilläänkin alle 10

209 KM 1912:5, 88–89; Forsius 1993, 87–88.
210 KM 1912:5, 11.
211 Helsti 2000, 348–352; Nätkin 1997, 43–44. Myös: VP 1908 II, Liitteet IV, 27.
212 Siirala Martti, Kätilölaitoksemme viimeaikaisesta kehityksestä 1900–1930. Duodecim 8/1933, 846–847.

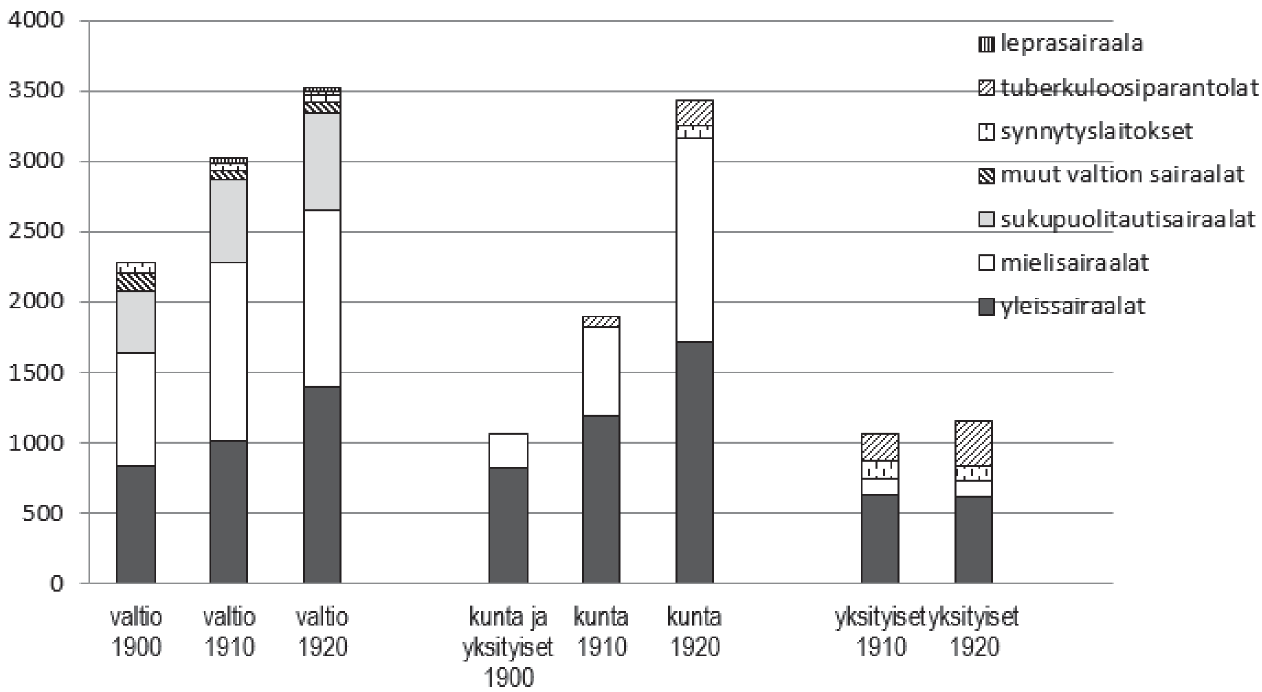
paikkaa – valtion ilmaispaikoiksi.[213] Vaikka synnytyslaitoksista valtaosa olikin 1900-luvun alussa yksityisiä eli kätilön, lääkärin tai yhdistyksen omistamia laitoksia, yhteensä puolet kaikista synnytyslaitosten sairaansijoista oli ilmaispaikkoja.[214] Nimenomaan kaupunkilaisnaisille järjestelmä takasi siten maksuttoman, lääketieteen kriteerit täyttävän synnytysavun, mutta maaseudulla palveluverkosto oli puutteellinen.

Sairaalahoidon luokkajako: maksuluokat, ilmaispaikat ja köyhäintalot

Mosaiikkinen sairaalalaitos – kirjavat hoitopolut

Sairaalalaitos oli 1900-luvun alussa mosaiikkimainen kokonaisuus, joka tarjosi eri sairauksia poteville hoitoonpääsyehdoiltaan erilaisia, eri organisaatioiden ylläpitämiä hoitopaikkoja. Valtaosa sairaalapaikoista oli valtion ylläpitämissä laitoksissa, mutta tarjolla oli myös kaupunkien sairaaloita, maalaiskuntien sairastupia – jotka usein olivat valtion laitoksiin verrattuna varsin pieniä ja huonosti varustettuja – sekä yksityisiä hoitolaitoksia (ks. kuvio 7). Väkilukuun suhteutettuna sairaalatarjonta kaksinkertaistui vuosina 1900–1920 ja samalla kuntien rooli palveluiden tuottajana kasvoi. Yksityisiä sairaaloita oli tarjolla lähinnä Etelä-Suomen kaupungeissa, ja kaikkiaan yli kolmannes yksityisklinikoista toimi Uudellamaalla.[215] Yleissairaanhoitoon tarkoitettujen laitosten ohella eniten sairaansijoja oli tarjolla mielisairaitten ja sukupuolitauteja potevien hoitoon. Täysin uutena laitostyyppinä 1900-luvun alussa alettiin rakentaa tuberkuloosiparantoloita (taulukko 10).

213 Bergstedt 1907, 286–289, 299; Vauhkonen 1961, 130–131; Forsius 2003.
214 SVT XI:32 1915, taulu IX, LXII; Bergstedt 1907, 299.
215 Esim. STV 1912, 468; STV 1922, 206–207; Rasila 1983, 364.



Kuvio 7. Valtion, kuntien ja yksityiset sairaalat hoitoaloittain 1900–1920, potilaiden lukumäärä keskimäärin päivässä[216]

Taulukko 10. Sairaansijat hoitoaloittain, eri alojen osuus kaikista sairaansijoista (%) ja sairaansijojen kokonaismäärä 1000 asukasta kohden 1900–1920[217]

hoitoala	sairaansijat				osuus kaikista sairaansijoista (%)		
	1900	1910	1920	muutos 1900–20	1900	1910	1920
yleissairaala	1732	3204	4459	+2727	42.1	44.4	42.8
mielisairaudet	1272	1915	2693	+1421	30.9	26.5	25.9
sukupuolitaudit	852	999	1069	+217	20.7	13.9	10.3
synnytykset	148	293	410	+262	3.6	4.1	3.9
kulkutaudit	113	489	1027	+914	2.7	6.8	9.9
tuberkuloosi	0	308	755	+755	0.0	4.3	7.2
yhteensä	4117	7208	10413	+6296	100	100	100
sairaansijat /1000 as.	1.55	2.45	3.31				

216 STV 1902, 169; STV 1912, 466–467; STV 1922, 206–207. Luvut eivät ole suoraan verrattavissa myöhempiin lukuihin, jotka ilmaisevat sairasvuoteiden eli hoitopaikkojen määrän. Organisaatioittain sairasvuoteiden luku eriteltiin ensimmäisen kerran lääkintöhallituksen tilastossa vuonna 1918. Tuolloin keskimääräinen päivittäinen potilasmäärä oli noin 75 prosenttia paikkaluvusta. SVT XI:35 1918, taulu III, SVT XI:37 1920, taulu III.

217 Vauhkonen 1961, 50.

Hoitoonpääsyn kannalta merkittävä periaatteellinen ero oli siinä, että valtiollisissa sairaaloissa varattomien hoitoonpääsyä pyrittiin tukemaan määräämällä osa sairaansijoista ilmaispaikoiksi, mutta kunnallisissa sairaaloissa varattomien hoito toteutettiin – samoin kuin avohoidossa – pääsääntöisesti köyhäinhoitona. Taulukko 11 osoittaa, että valtiollisissa sairaaloissa ilmaispaikkojen osuus vaihteli suuresti eri aloilla.

Taulukko 11. Ilmaispaikat valtion sairaaloissa, valtion ylläpitämissä tai avustamissa synnytyslaitoksissa sekä yksityisissä tuberkuloosiparantoloissa 1907[218]

	laitoksia	sairaansijoja	joista ilmaispaikkoja	ilmaispaikkojen osuus sairaansijoista, %
leprasairaala	1	45	45	100
sukupuolitautiosastot	17	707	useimmat	yli 90
synnytyslaitokset	28	177	90	51
yleissairaalat	20	1009	378	37
mielisairaalat	11	1096	197	18
yksityiset tuberkuloosiparantolat	4	262	50	19

Sukupuolitautisairaaloiden maksuttomuus kytkeytyi hoidon pakollisuuteen, ja lepran osalta kyse oli yhteiskunnan muiden jäsenten suojelusta. Onni Vauhkonen onkin todennut, että yhteiskunnan tuki oli riippuvainen sairauden aiheuttamasta tartunnan uhkasta sekä

218 Bergstedt 1907, 299. Leprasta: Vauhkonen 1961, 126–127. Sukupuolitautien hoito oli ”yleensä maksuton”. Wahlberg, C.F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi IV. Duodecim 4/1905, 95. Bergstedtin (1907, 299) mukaan Helsingin yleisen sairaalan kuppaosaston 150 paikasta 45 oli maksullista. Bergstedtin (1907, 232, 299) ilmoittamat mielisairaalapaikkaluvut poikkeavat eri sivuilla toisistaan. Vapaasijojen lukuun sisältyvät ainoastaan ns. harkinnanvaraiset vapaasijat eikä mukaan ole laskettu oikeuslaitoksen kautta tuleville potilaille varattuja ilmaispaikkoja. Eri kategorioista tarkemmin alaluvussa *Mielisairaanhoito: arvostetut valtionlaitokset ja pohjimmaiset köyhäinosastot*. Tuberkuloosiparantoloihin on laskettu Takaharjun (102 p.) ja Nummelan (90 p.) parantolan ohella lapsille tarkoitetut Högssandin (30 p.) ja Suomussalmen (40 p.) parantolat. Bergstedt 1907, 622–626.

vammautumisen tai kuoleman vaarasta.[219] Sikäli on yllättävää, että yleissairaaloissakin maksuton hoito oli yleisempää kuin mielisairaaloissa ja tuberkuloosiparantoloissa, vaikka juuri näiden tautien laitoshoidossa korostettiin muun yhteiskunnan suojelemista. Tarkastelen seuraavassa yksityiskohtaisemmin eri alojen laitoshoidon saatavuutta ja maksukäytäntöjä. On ilmeistä, että erilaiset maksukäytännöt loivat ja ylläpitivät eri tauteihin liittyviä stigmoja ja häpeällisyyden leimoja ja siten osaltaan estivät tai kannustivat hoitoonhakeutumista.

Yleissairaaloiden eri maailmat

Yleissairaalapaikkoja oli valtion, kuntien sekä yksityisten perustamissa eritasoisissa ja erikokoisissa laitoksissa. Valtiollinen palvelutarjonta koostui 1900-luvun alussa Helsingin yleisestä sairaalasta, joka oli yliopistollinen sairaala, 7 lääninsairaalasta sekä 12 yleistä sairaalasta. Helsingin yleinen sairaala tunnettiin maan parhaana sairaalana ja lääketieteen keskuksena, joten sinne lähetettiin potilaita ympäri maata. Muutoin kullekin lääninsairaalalle ja yleiselle sairaalalle nimettiin oma alueellinen piirinsä.[220] Käytännössä ne toimivat kuitenkin paikallissairaaloina, sillä köyhyys ja toisaalta talonpoikaisväestön vastahakoisuus pitempien matkojen tekemiseen estivät kauempana asuvien sairaalahoidon.[221]

Työmies-lehdessä vuonna 1903 julkaistu kuvaus Helsingin yleisen sairaalan odotushuoneesta antoi lohduttoman kuvan valtion yleissairaaloiden tilasta:

> Sairaita on odotushuoneessa maamme kaikilta suunnilta. Maineensa saanut klinikka vetää taudin runtelemia tänne avunsaantiin, kotipai-

219 Vauhkonen & Bäckman, 1973, 133.
220 Lääninsairaalat sijaitsivat Turussa, Hämeenlinnassa, Viipurissa, Mikkelissä, Kuopiossa, Mustasaaressa ja Oulussa. Yleisten sairaaloiden sijoituspaikat olivat: Loviisa, Pori, Godby, Tampere, Sortavala, Savonlinna, Joensuu, Nurmes, Jyväskylä, Kajaani, Tornio ja Rovaniemi. Bergstedt 1907, 213; Pesonen 1980, 428; Vauhkonen 1961, 38–44; Vauhkonen 1978, 31; Koskimies 1907, 445–447; Winter, G. J., Mihin suuntaan on nk. yleisten sairastalojen vastainen kehitys käyvä? Duodecim 3/1907, 83–94.
221 Winter, G. J., Mihin suuntaan on nk. yleisten sairastalojen vastainen kehitys käyvä? Duodecim 3/1907, 86–87.

> kan lääkärit vielä lisäävät toivoa, kehottaen menemään Helsinkiin (…) parantumisen toivo tekee sen, että köyhempikin jättää kotinsa, hakee matkarahat, vieläpä mahdollisesti kunnan köyhäinhoidolta takaussitoumuksen että sairaala saa vaatimansa summan – sillä rahaa on siellä vaatimuksessa – ja saapuu perille. Mutta suureksi käy monen hämmästys, kun saakin klinikassa kuulla, ettei ole tilaa. (…) Kalliimpia maksupaikkoja on aina saatavissa, mutta ei niitä, jotka köyhälle kansalle kuuluvat. Tämä tieto on masentava sairaalle. (…) Sama valitus kuuluu läänien sairaaloista. (…) Kallishintaisia paikkoja, jos herraskaisia sattuisi sairastumaan, on kaikkialla saatavissa, mutta ei niitä tiloja, joihin raskas työ ja jokapäiväinen puute uhreja valmistavat.[222]

Työmies-lehden kritiikki pohjautui valtion sairaaloiden yleis- eli lasarettiosastojen[223] maksukäytäntöjen muutokseen: kun vielä 1800-luvun alussa niissä noudatettiin lähes täydellistä vapaasijakäytäntöä, 1880-luvulla enää alle 40 prosenttia paikoista oli ilmaisia.[224] Toisin kuin sata vuotta aiemmin, sairaalat eivät enää profiloituneet yksinomaan köyhien hoidokkien laitoksiksi.[225] Onni Vauhkonen on korostanut, että vapaasijojen merkitys väheni valtion yleissairaaloissa jatkuvasti.[226] Onkin ilmeistä, että potilasluvultaan laajimman hoitoalan maksuttomuuden toteuttaminen oli taloudellisesti mahdotonta tilanteessa, jossa uudet hoitomuodot ja lääkkeet lisäsivät hoidon kustannuksia.[227] Etenkin kirurginen hoito yleistyi valtion sairaaloissa 1900-luvun alussa, sillä juuri leikkaushoitoa tarvitsevien potilaiden todettiin olevan polttavimmin hoidon tarpeessa.[228] Lääketieteessä 1800-luvun aikana omaksutut innovaatiot, kuten nukutusaineet, kipulääkkeet ja leikkaushygienian kehittyminen, mahdollistivat osaltaan kirurgisten toimenpiteiden laajamittaisen käyttöönoton.[229]

222 K. O. T., Yhteiskunnalliset olot ja laitokset meillä. Työmies 19.5.1903 no 113.
223 Vauhkonen 1961, 41.
224 Vauhkonen 1961, 118
225 Vauhkonen & Bäckman 1973, 179.
226 Vauhkonen 1961, 118–119.
227 Vauhkonen 1978, 40.
228 Koskimies 1907, 450.
229 Vuorinen 2010, 242–244.



Kuva 1. Lapsipotilas nukutettavana Vaasan lääninsairaalassa vuonna 1908 (Helsingin yliopistomuseo).

Valtion sairaaloiden maksut määriteltiin vuodesta 1875 alkaen kolmivuotiskausittain senaatin päätöksellä. Maksun suuruus määräytyi osaston, huoneen ja ruoan laadun sekä potilaan iän perusteella (taulukko 12). Kalleimmat paikat olivat Helsingin yleisen klinikan kirurgisella osastolla. Vapaavuoteita voitiin myöntää pääsääntöisesti alimmissa maksuluokissa, mikä tarkoitti hoidon puitteiden vaatimattomuutta: sänkyä yhteishuoneessa ja yksinkertaista ruokaa. [230] Jos vapaasänkyä ei ollut saatavilla, vaadittiin ainakin Helsingin yleisessä sairaalassa kunnan tai yksityishenkilön sitoumus maksun maksamisesta vapaasängyn vapautumiseen asti.[231]

230 Vauhkonen 1961, 119–121; Esim. Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle Helsingin yleisessä sairaalassa suoritettavista päivämaksuista 30.12.1904 no 108; Asetus valtion siviilisairaaloissa suoritettavista päivämaksuista 5.11.1920 no 281.
231 Keisarillisen Majesteetin Armollinen johtosääntö Helsingin yleiselle sairashuoneelle 12.2.1900 no 2, § 22.

Taulukko 12. Kunnansairaaloiden ja valtion sairaaloiden hoitopäivämaksut aikuisilta 1901–1928, markkaa[232]

	Helsingin yleinen sairaala	valtion läänin- tai yleissairaalat	valtion mielisairaalat	synnytyslaitokset	kunnansairaalat, keskimäärin	
					kuntalainen	vieraskuntalainen
1901	...	1.20–3.00	1.00–4.00	2.00–4.00	0.85	1.10
1907	1.20–8.00	1.20–3.00	1.00–4.00	2.00–4.00	…	…
1914	1.50–10.00	1.50–6.00	1.30–4.50	2.00–4.00	1.30	1.65
1921	8.00–40.00	8.00–40.00	5.00–20.00	6.00–10.00	10.90–18.00	15.70–22.10
1928	15.00–60.00	15.00–60.00	12.00–24.00	15.00	16.00–26.00	22.70–34.60

232 Kunnansairaalat: Palmén, E., Suomen Kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 6/1932, 310–311. Valtion sairaalat: Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle sairasmaksuista maan siviilisairashuoneissa 3.10.1898 no 41; Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista maan päälaitoksissa ja turvapaikoissa sairasmielisiä varten 3.10.1898 no 41; Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista yleiseen lapsenpäästölaitokseen otetulta naiselta 3.10.1898 no 41; Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista maan siviilisairaaloissa 20.12.1904 no 109; Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle Helsingin yleisessä sairaalassa suoritettavista päivämaksuista 30.12.1904 no 108; Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista maan mielenvikaisten keskuslaitoksissa ja turvapaikoissa 20.12.1904 no 110; Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista yleiseen lapsenpäästölaitokseen otetuilta naisilta 20.12.1904 no 111; Keisarillisen Suomen Senaatin päätös, koskeva valtion sairaaloissa suoritettavia päivämaksuja 21.10.1913 no 31; Asetus valtion siviilisairaaloissa suoritettavista päivämaksuista 5.11.1920 no 281; Asetus valtion siviilisairaaloissa suoritettavista päivämaksuista 18.12.1925 no 348.

Maksuluokat toivat yhteiskunnan luokka- ja varallisuuserot sairaaloiden sisälle. Niiden lisäksi yleisissä sairaaloissa oli myös yksityispaikkoja, jotka muodostivat jopa suuria yksityisiä osastoja ja jotka miellettiin tavallaan sairaalalääkäreiden yksityissairaaloiksi.[233] Maarit Henttonen, joka on kuvannut yhteiskuntaluokkien erottamista Mary Douglasin *sosiaalisen saastuvuuden* käsitteellä, on todennut, että maksunsa vastineeksi yksityispotilaat saivat yksityisyyttä ja hotellihuoneen tasoista viihtyvyyttä. Sen sijaan yleisellä puolella samaan huoneeseen sijoitettiin jopa kuusi henkilöä, ja viihtyvyysnäkökulman sijaan painopiste oli tilojen järjestämisessä hygieenis-lääketieteellisten normien mukaiseksi.[234]



Kuva 2. Karolina Eskelinin vuonna 1906 Helsinkiin perustamassa yksityissairaalassa oli leikkaussali ja neljä potilashuonetta, jotka tarjosivat maksukykyisille asiakkaille kodinomaisen ympäristön (Kuv. Hanna Cederholm, Helsingin yliopistomuseo).

233 Nyström 2010a, 168–169.
234 Henttonen 2009, 301–302.

Lääkäreiden yhdistyksessä yksityispaikkoja pidettiin välttämättöminä ja esimerkiksi 1920-luvun alussa niitä perusteltiin seuraavasti:

> (…) eri yhteiskuntaluokilla ja eri sivistystasoilla olevilla henkilöillä on tässä suhteessa omat määrätyt vaatimuksensa, joita me olankohautuksella emme ole oikeutetut syrjäyttämään. Samoista yhteiskunnallisista ja sivistyksellisistä seikoista riippuu myös, että suuri osa yksityispotilaista katsoo velvollisuudekseen tavalla tahi toisella korvata hoitavalle lääkärille saamansa hoidon; ”ilmaiseksi” hoidettuina tuntevat he pakostakin olevansa kiusallisessa suhteessa lääkäriinsä.[235]

Yksityispaikkakysymys miellettiin tavallaan varakkaiden tasa-arvokysymyksenä: kun valtion sairaaloissa oli tarjolla yksityissairaaloita edistyksellisempää hoitoa, tuli myös varakkaille tarjota mahdollisuus hyödyntää niiden mahdollisuuksia. Varakkaiden ”pakottaminen” yksityissairaaloihin miellettiin näin ollen epätasa-arvoksi.[236]

Yksityispaikkojen vastapainona Helsingin yleisessä sairaalassa oli poliklinikka, joka tarjosi varattomille ilmaista hoitoa ja neuvoja, ja jonka potilasmäärien laskettiin nousevan päivittäin useisiin satoihin. Poliklinikkatoiminta laajeni 1900-luvun alussa, mutta pysyi edelleen Helsinki-keskeisenä. Samu Nyström onkin havainnut, että lääkäreiden pyrkimyksenä oli välttää aihetta koskevaa julkista keskustelua, jotta vaatimukset toiminnan laajentamiseksi ympäri maata eivät lisääntyneet. Lääkärit mielsivät poliklinikat ongelmalliseksi, sillä edullinen hoito ruuhkautti klinikat ja kilpaili samalla potilaista yksityispraktiikoiden kanssa.[237]

Ensimmäiset kaupunkien omat sairaalat olivat väliaikaisia kuume- eli kulkutautisairaaloita, joita alettiin rakentaa vuoden 1879 terveydenhoitoasetuksen myötä. 1920-luvulle tultaessa enää kuudesta

235 Dosentti Tauno Kaliman alustus yleisessä kokouksessa 1923. Nyströmin (2010a, 168) mukaan.
236 Nyström 2010a, 169.
237 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus Helsingin yleisen sairashuoneen järjestysmuodon muuttamisesta 29.1.1900 no 2 § 14; Koskimies 1907, 448; Nyström 2010a, 169.

kaupungista puuttui pysyvä kulkutautisairaala.[238] Vuonna 1893 annetun asetuksen mukaan kunnalla oli oikeus päättää, otettiinko kulkutautisairaalaan toimitetulta kolerapotilaalta päivämaksu.[239] Esimerkiksi Oulun epidemiaosaston yhteishuoneessa hoito oli kokonaan ilmaista ja Kuopiossa hoito annettiin terveyslautakunnan kustannuksella, mikäli potilaalta itseltään tai kunnalta ei saatu maksusitoumusta.[240] Vuonna 1923 todettiinkin, että kulkutautisairaaloiden potilasmaksut olivat useimmissa kaupungeissa hyvin alhaiset pakkoeristämisen ja terveiden suojelemisen takia. Yhteissaleissa hoito oli usein jopa täysin ilmaista, mutta jotkut kaupungit perivät yhä varakkailta maksun.[241]

Kaupunkien varsinaisista yleissairaaloista suurimmat olivat varustukseltaan ja hoitomahdollisuuksiltaan jopa valtion sairaaloihin verrattavia, mutta toiminnassa oli myös vaatimattomia, alle kymmenpaikkaisia pikkukaupunkien sairastupia.[242] 1920-luvulle tultaessa todettiin, että useat kaupunkien sairaalat olivat pieniä ja vanhanaikaisia eivätkä ne mahdollistaneet lääketieteen uusimpien saavutusten käyttöönottoa.[243] Yleissairaaloidenkin maksukäytännöt muotoutuivat kaupunkikohtaisesti, valtuustojen päätösten pohjalta. Esimerkiksi Tammisaaressa edellytettiin kahden vapaasijan varaamista naapurikuntalaisille, mutta tällaista ehtoa ei kuitenkaan sovellettu kaikissa kaupungeissa. Tampereella puolestaan potilaalle voitiin myöntää yli kolmen viikon hoidon jälkeen vapaasija sairaalalääkärin päätöksellä.[244]

Määrällisesti tarkasteltuna kaupunkilaisilla oli tarjolla parhaat mahdollisuudet yleissairaaloiden käyttöön (taulukko 13). Maalaiskuntien sairaaloita alettiin perustaa kunnanlääkäreiden virkojen myötä, sillä vailla sairaalaa lääkärin hoitomahdollisuudet miellettiin

238 Rasila 1983, 360–365; Backman 2009, 131–132. Backmanin alkuperäistä käsikirjoitusta vuodelta 1923 säilytetään Woldemar och Elisabeth Backmanin arkistossa (Nykarleby stads arkiv). Nygård 2009, 87–91.
239 Vauhkonen 1961, 79.
240 Bergstedt 1907, 452–453, 486.
241 Backman 2009, 132.
242 Koskimies 1907, 451–452; Rasila 1983, 364; SVT XI:32 1915, taulu II; SVT XI:37 1920, taulu III, VIII.
243 Suolahti, Eino, Kaupunkien sairaalaolojen kehittämisessä huomioonotettavia näkökohtia. SLA 3/1930, 43–44.
244 Bergstedt 1907, 385–505.

vähäisiksi.[245] Juuri lääkärit ja muut paikalliset aktiivit olivatkin avainasemassa sairaaloita perustettaessa: 1930-luvun alussa laskettiin, että yli 60 prosenttia maalaiskuntien sairaaloista oli perustettu lääkärin aloitteesta ja vajaassa 30 prosentissa hankkeen takana oli yksityisen lahjoitus tai yhdistyksen aloite. Kunta itse toimi aloitteentekijänä vain noin kymmenesosassa sairaaloista.[246] Sairaaloiden perustamisen todettiin edenneen naapurikunnista toiseen innostuksen ”tartuntana”, ja 1910-luvun lopulla Etelä- ja Keski-Suomen suurimmissa ja kehittyneemmissä kunnissa oli kunnansairaalat (taulukko 14).[247] Edelleen 1930-luvun lopulla sairaansijoja vailla oli kuitenkin peräti 68 prosenttia maalaiskunnista.[248]

Taulukko 13. Yleissairaaloiden sairaansijat lääneittäin 1000 asukasta kohden vuonna 1921[249]

Lääni	valtion sairaalat/ läänin väestö	kunnansairaalat/ maalaiskuntien väestö	kaupungin-sairaalat/ kaupunki-väestö	yhteensä/ läänin väestö
Uudenmaan	1.4	0.6	4.1	3.7
Turun ja Porin	0.2	0.3	1.5	0.7
Ahvenanmaa	0.7	0.0	12.0	1.3
Hämeen	0.4	0.4	1.9	1.1
Viipurin	0.4	0.1	4.4	0.9
Mikkelin	0.3	0.6	1.9	1.1
Kuopion	0.4	0.3	2.7	0.9
Vaasan	0.1	0.6	3.3	1.0
Oulun	0.4	0.2	3.2	0.9
Koko maa	0.5	0.3	3.2	1.3

245 Suomen lääkäriseuran yleinen kokous. Duodecim 12/1901, 350.
246 Palmén, E., Suomen kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 6/1932, 278–279.
247 Palmén, E., Suomen kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 6/1932, 270–273.
248 KM 1939:9, 26.
249 Taulukkoon sisältyvät valtiollisten lääninsairaaloiden ja yleisten sairaaloiden yleiset eli lasarettiosastot. Kaupunginsairaaloihin on laskettu mukaan myös diakonissalaitokset ja yksityiset sairaalat, jotka ”päivämaksujen suuruuteen nähden lähentelevät muita tämän tilaston sairaaloita”. Palmèn, E., Maaseudun sairaalaoloista. SLA 4–6/1923, 98.

Taulukko 14. Maalaiskuntien kunnansairaaloiden lukumäärä, hoitopaikat ja keskimääräinen potilasluku 1881–1930[250]

vuosi	sairaaloita	hoitopaikkoja yhteensä	potilaita vuodessa keskimäärin sairaalaa kohden
1881	1	4	11
1890	3	16	89
1900	20	208	93
1910	37	429	123
1920	65	821	156
1930	94	1384	261

Kunnanlääkärille ei yleensä maksettu kunnansairaalan hoitamisesta palkkaa vaan hän sai periä potilailta palkkion ”yksilöllisen laskutustavan mukaan”. Sen lisäksi kunnansairaaloissa kannettiin hoitopäivämaksua, ja lääkkeistä sekä hoitotarvikkeista voitiin laskuttaa erikseen. Maalaiskuntien sairaaloiden saama valtionapu vaihteli huomattavasti: 1900-luvun alussa se kattoi jopa 35 prosenttia vuorokausimenoista, mutta 1920-luvun alussa enää 4 prosenttia ja 1930-luvulle tultaessakin vain noin 10–15 prosenttia. Valtionavun lasku vaikutti hoitopäivämaksujen suuruuteen siten, että 1920-luvulle tultaessa vaatimattomienkin kunnansairaaloiden alimmat päivämaksut olivat korkeammat kuin valtion sairaaloissa (taulukko 12, s. 91).[251] Nurinkurisen hinnoittelun todettiin johtaneen siihen, että hoitopaikkoihin valikoiduttiin hinnan eikä hoitotarpeen perusteella:

> Niinhyvin kuntain viranomaiset kuin yksityisetkin kuntalaiset koettavat säästäväisyyssyistä saada valtion sairaaloihin sellaisia sairastapauksia, jotka hyvin soveltuisivat kunnansairaaloihin, esim.

250 Palmén, E., Suomen kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 6/1932, 268–269.

251 Palmén, E., Suomen kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 6/1932, 310–311, 315–316; Vauhkonen 1961, 121–122; Siirala, Martti, Tilastoa maalaiskuntiemme sairaaloista ja etenkin niiden nauttiman valtionavun pienuudesta. SLA 5/1922, 81–95; Komitean mietintö sairaalalääkärien palkkausolojen järjestämisestä ja volontäärilääkärikysymyksestä. SLA 4/1930, 97, 108; Honkanen, Pentti, Kunnansairaalan lääkärin yhteiskunnallisesta ja taloudellisesta asemasta. SLA 4/1959, 143–138. Vuolion (1992, 131) mukaan kunnanlääkärille suoritetut sairaalakorvaukset siirtyivät potilaalta kunnan maksettaviksi vuonna 1943 hyväksytyssä malliohjesäännössä.

> sisätautisia, pitkäaikaisia potilaita y.m., jolloin taas tilanahtaus valtionsairaaloissa pakottaa toisia tapauksia turvautumaan kunnansairaaloihin silloinkin, kun hoidon kannalta olisi eduksi olla paremmin varustetuissa sairaaloissa. Varakkaat maanviljelijät sairastelevat usein halvoilla päivämaksuilla valtion sairaaloissa samaan aikaan kuin vähävaraiset työläiset ovat pakotetut turvautumaan huomattavasti kalliimpaan sairaalahoitoon maaseudun kunnansairaaloissa. Potilaat eivät siis jakaudu sairaaloihin taudin asettamien indikationien vaan varsin epäterveiden perusteiden mukaan.[252]

Varattomien kunnansairaalamaksut perustuivat köyhäinapuun. Esimerkiksi Suomen ensimmäisen, Ruovedelle perustetun kunnansairaalan potilaista vuosina 1881–1930 yhteensä 30 prosenttia oli köyhäinhoidon kustannuksella hoidettuja ja 70 prosenttia oli itsemaksavia. Kun köyhäinhoitolaiset viipyivät sairaalassa pitemmän aikaa kuin itsemaksavat, hoitopäivät jakautuivat tasan näiden kahden ryhmän kesken. E.J. Palmén esittikin Ruoveden lukujen ja kunnallissairaalakomitean laskelmien pohjalta kokonaisarvion, jonka mukaan noin neljännes kaikista kunnansairaalalaitoksessa hoidetuista ja kolmannes kaikista hoitopäivistä oli köyhäinhoidon kustantamia. Köyhäinhoitolaisten määrä saattoi hänen mukaansa olla suurempikin, sillä vieraskuntalaiset tilastoitiin itsemaksaviksi myös silloin, kun he olivat oman kotikuntansa köyhäinhoidon lähettämiä. Köyhäinhoidon rooli oli kunnallisessa yleissairaanhoidossa siten varsin merkittävä. [253]

Yleissairaaloiden potilasjoukko oli kirjava. Valtion sairaaloissa ainoa rajaus oli, ettei niihin saatu ottaa parantumattomia eikä tarttuvia kuumetauteja tai ihottumatauteja sairastavia.[254] Parantumattomia ei myöskään toivottu kunnallisten sairaaloiden potilaiksi, ja sairaalasta poistettujen kroonikoiden kohtaloa kuvattiin karuksi: ”uloskirjoitetut monessa tapauksessa on kirjaimellisesti heitetty ulos kuolemaan maantielle, koska heiltä on puuttunut varoja itse maksaa hoitonsa ja

252 Palmén, E., Maaseudun sairaalaoloista. SLA 4–6/1923, 95.
253 Palmén, E., Suomen kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 3/1931, 98–99; Palmén, E., Suomen kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 6/1932, 316–317.
254 Bergstedt 1907, 183.

puuttunut omaisia, joilla olisi varaa pitää heistä huolta."[255] Varattomat kroonikot sijoitettiin usein köyhäintaloihin, jossa heidän viimeisiä päiviään kuvattiin "katkeran piinallisiksi riittämättömän ja asiantuntemattoman hoidon takia."[256] Monet kunnansairaalat perustettiin aluksi köyhäintalojen naapuriin, ja laitoksilla saattoi olla jopa yhteinen ruokatalous, joten käytännössä sairaalalaitoksen ja köyhäinlaitoksen ero saattoi olla verraten vähäinen.[257] Kroonikkohoidon ohella köyhäintalot toimivat myös mielisairaiden hoitopaikkoina.

Mielisairaanhoito: arvostetut valtionlaitokset ja pohjimmaiset köyhäinosastot

Mielisairaanhoidon organisoituminen poikkesi muusta sairaalahoidosta. Laitostarvetta perusteltiin yhteiskunnan suojelemisella, ja muiden yhteiskuntaa uhkaavien sairauksien tavoin mielisairaitten hoidon katsottiin siten periaatteessa kuuluvan valtion vastuulle,[258] mutta valtion rooli mielisairaiden hoidossa heikkeni jatkuvasti (kuvio 11 s. 160). Lainsäädäntö korostikin kuntien vastuuta. Kunnilla oli vaivaishoitoasetukseen (1879) perustuva velvollisuus pitää huolta varattomien heikkomielisten eli mielisairaitten huollosta.[259] Vuoden 1889 mielisairasasetus vahvisti entisestään alan köyhäinhoidollista kytkentää edellyttämällä, että kunnat järjestivät vaivais- eli köyhäintaloonsa vähintään kolme hoitopaikkaa varattomille mielisairaille.[260] Myös kunnallislait (1898, 1917) edellyttivät, että kunta hankki mielenvi-

255 KM 1892:8, 65, 113; VP 1914, Liitteet IV, 7, Anom. ehd. no 5, 218.
256 VP 1914, Liitteet IV, 7, Anom. ehd. no 5, 219; VP 1914, AV:2. Anom.miet. no 28, Talousvaliok. miet. no 8.
257 Palmén, E., Suomen kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 6/ 1932, 319–320.
258 Esim. Wahlberg, C. F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamisssuunnitelmaksi. Duodecim 3/1905, 68–69; KM 1908:6, 41–43, 78, 81, 85; Vauhkonen 1978, 31.
259 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus Yleisestä Waiwaishoidosta Suomen Suuriruhtinanmaassa 17.3.1879 no 10, § 2.
260 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 10.

kaan joutuneelle soveliaan hoidon ja järjesti köyhien mielenvikaisten hoidon kunnan kustannuksella.[261]

Mielisairaan- ja köyhäinhoidon tiivis kytkentä ei ollut yksinomaan suomalainen ilmiö, vaan yhtä lailla monissa muissakin länsimaissa jo 1700-luvulta lähtien muotoutunut käytäntö.[262] Suomessa alun perin väliaikaiseksi laitospaikkapulan paikkaajaksi luotu köyhäintalojen mielisairasosastojärjestelmä muodostui pysyväksi, sillä alan hoitotarve ylitti jatkuvasti sairaalapaikkojen tarjonnan. Suomessa laskettiin 1900-luvun alussa olevan viisi mielisairaalapaikkaa 10 000 asukasta kohden, kun kehittyneemmissä maissa yllettiin yli kymmeneen sairaansijaan. Paikkavajauksen suuruudeksi arvioitiin tuolloin noin 4 000 ja 1920-luvulla jopa lähes 10 000 sairaansijaa.[263]

Vuoden 1889 asetus mahdollisti valtion mielisairaaloiden ja kunnallisten köyhäintalo-osastojen lisäksi myös yksityisten ja kunnallisten mielisairaaloiden perustamisen, joten mieleltään sairastuneen hoitoon oli tarjolla neljä erilaista laitostyyppiä.[264] Vuodelta 1903 kerätyt numerotiedot osoittavat, että laitospaikkatarjonta oli alueellisesti erittäin epätasaista ja eri lääneissä erilaisiin laitoksiin painottuvaa (taulukko 15). Ääripäitä edustivat Mikkelin lääni, jossa valtaosa paikkatarjonnasta oli köyhäintaloissa, sekä toisaalta Häme, jossa hoito keskittyi valtion ja kaupungin mielisairaaloihin. Yksityisiä mielisairaaloita oli tarjolla vain kahdessa eteläisessä läänissä, ja vuonna 1903 avattu Harjavallan piirimielisairaala edusti uutta, maalaiskuntien yhteenlittymän pohjalle rakennettua kunnallista laitostyyppiä.[265] Paikkapulan rinnalla perusongelmaksi nousivatkin hoidon laatuerot, jotka kytkeytyivät osaltaan siihen, että potilaan sairauden laatu oli harvoin ainoa kriteeri hoitopaikan valikoitumisessa.

261 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus maalaiskuntain kunnallishallinnosta 15.6.1898 no 21, § 55; Maalaiskuntain kunnallislaki 27.11.1917 no 108, § 59.
262 Pietikäinen 2013, 149, 153, 156–157. Bergen (2007, 276) mukaan Ruotsissa 1930-luvun puolivälissä 40 % mielisairaanhoitoa tarjoavista laitoksista oli köyhäinhoidollisia laitoksia.
263 KM 1908:6, 23-24, 66–95; Jalas Rakel, Maalaiskuntien mielisairaanhoidon järjestelystä maassamme. SAik 5/1931, 277; Sarvilinna 1938, 545–546.
264 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 1, § 9–10.
265 Wahlberg, C. F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamisssuunnitelmaksi. Duodecim 3/1905, 78–85; Sarvilinna 1938, 572–589.

Taulukko 15. Mielisairaalapaikat laitostyypeittäin ja köyhäintalojen osuus kaikista laitospaikoista (%) vuonna 1903[266]

Lääni	mielisairaalat					köyhäintalot			kaikki hoito-paikat yht.	köyhäintalopaikkojen osuus kaikista laitospai-koista (%)
	valtion	kaupungin	maalaiskunnan	yksityiset	yht.	kaupungin	maalaiskunnan	yht.		
Uudenmaan	134	137		40	311	12	61	73	384	19.0
Turun ja Porin	73	30	32		135	20	74	94	229	41.0
Hämeen	355	97			452	3	66	69	521	13.2
Viipurin	172	40		40	252	25	37	62	314	19.7
Mikkelin	12				12	10	39	49	61	80.3
Kuopion	310				310	12	86	98	408	24.0
Vaasan	20		4		24	20	25	45	69	65.2
Oulun	20				20	8	15	23	43	53.5
Koko maa	1096	304	36	80	1516	110	403	513	2029	25.3

266 Wahlberg, C. F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamisssuunnitelmaksi. Duodecim 3/1905, 78–83.

Valtion laitoksia pidettiin laadukkaimpina, sillä laitosten johtajilta vaadittiin lääkärikoulutus sekä taitoa ja kokemusta mielisairaiden hoidosta. Asetus edellytti, että sairaita hoidettiin lääketieteen vaatimusten mukaisesti ja pakkokeinoja välttäen.[267] Ihanteena oli hoidokkien tarkkaan luokitteluun perustuva, yksilöllisen hoidon mahdollistava, ulkoisilta olosuhteiltaan aikakauden hygieeniset normit täyttävä hoitolaitos, jonka tavoitteena oli yksityiskohtaisen päiväohjelman ja levon avulla palauttaa potilaan henkinen tasapaino. Ulkoisen kurin sijaan aikakauden psykiatria korosti sisäistä kuria, jolla tarkoitettiin potilaan kasvattamista säännöllisyyteen, siisteyteen ja järjestykseen.[268] Parantavaa hoitoa antavat valtiolliset keskuslaitokset (Lapinlahti Helsingissä, Niuvanniemi Kuopiossa ja Pitkäniemi Tampereen seudulla) oli tarkoitettu pääasiassa äskettäin sairastuneille, kun taas Seilin saarella ja Viipurin läänissä Käkisalmella sijainneet turvalaitokset vastasivat parantumattomien hoidosta. Lisäksi lääninsairaaloiden vastaanottolaitoksissa selvitettiin potilaan hoidon tarvetta enimmillään kuuden kuukauden hoitojaksoilla.[269]



Kuva 3. Vuonna 1900 perustetun valtiollisen Pitkäniemen mielisairaalan naisosasto 1900-luvun alussa. Aidatun ulkoilupihan viihtyvyyttä lisäsivät puutarhaistutukset (Helsingin yliopistomuseo).

267 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 4.
268 Esim. Nikula 1918, 9–12; Harjula 1996, 101–107, 116–120.
269 Vastaanottolaitokset sijaitsivat Turussa, Vaasassa, Oulussa, Viipurissa ja Mikkelissä. Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 1, § 35.

Hoidontarpeen sijaan merkittäväksi hoitoonpääsyä sääteleväksi mekanismiksi muotoutui käytännössä vuodepaikkojen jakautuminen maksullisiin sijoihin ja ilmaispaikkoihin. Valtion mielisairaaloiden ilmaishoito koostui 1900-luvun alussa kolmesta eri järjestelmästä. Ensinnäkin osa iäkkäistä potilaista oli ns. elinkautispaikalla eli heidän hoitopaikkansa oli lunastettu loppuiäksi summalla, joka vastasi vajaan vuoden hoitopäivämaksuja. Kun käytäntö täytti sairaalat ja pysäytti potilaskierron, ei uusia elinkautispaikkoja vuoden 1861 jälkeen myönnetty ja koko käytäntö menetti vähitellen merkityksensä.[270] Toisen maksuttoman hoidon kategorian muodostivat oikeuslaitoksen kautta mielisairaalaan tulleet vangit, rikoksesta syytetyt varattomat mielisairaat sekä mielentilan tutkimista varten laitokseen otetut.[271] Rikollisten ja rikoksesta epäiltyjen mielisairaalahoito miellettiin itsestään selväksi valtiolliseksi velvollisuudeksi, joten siitä ei peritty maksua.[272] Käytännössä tämä merkitsi sitä, että esimerkiksi mielentilalausunnon takia sairaaloihin passitetut olivat ikään kuin etuoikeutettuja saamaan paikan muiden potilaiden edellä.[273]

Kolmantena ryhmänä olivat harkinnanvaraiset ilmaispaikat: mielisairaalan johtajalla oli valta vapauttaa maksuista sellainen potilas, jota oli jo hoidettu vähintään kahden kuukauden ajan maksullisella paikalla ja jonka paranemista pidettiin mahdollisena. Laitosten talouden takia ilmaispaikkoja sai olla enimmillään neljännes vastaanottolaitoksen ja viidennes keskuslaitoksen sairaansijoista.[274] Varattoman hoitoonpääsyn kannalta ongelmana oli kuitenkin vaatimus ilmaispaikkaa edeltävästä maksullisesta hoitojaksosta: muiden kuin oikeuslaitoksen hoitoon toimittamien varattomien oli löydettävä hoidolleen maksaja ainakin kahden kuukauden ajaksi.

Noin 4/5 valtion mielisairaaloiden hoitopaikoista oli 1900-luvun alussa maksullisia. Maksulliset paikat jaettiin potilaiden ”elämäntapojen ja tarpeiden” perusteella määräytyvien ruoka- ja huonejärjes-

270 Vauhkonen 1961, 99–101. Viimeinen elinkautishoidokki kuoli vuonna 1936, eräiden lähteiden mukaan vuonna 1948. Mäkelä 1937, 54–55; Kaila 1959, 22.
271 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 28.
272 Vauhkonen 1961, 102.
273 Mäkelä 1937, 75–76.
274 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 29.

telyjen mukaan neljään eri maksuluokkaan, jotka hinnaltaan olivat hieman yleissairaaloiden taksoja edullisemmat (taulukko 12, s. 91).[275] Pitkäaikaispotilaan tilannetta helpotti se, että alimman luokan maksuihin voitiin vuoden jälkeen anoa lääkintöhallitukselta neljänneksen alennusta. Muista mahdollisista alennuksista päätti vuoteen 1918 asti senaatti, joten anomustenteko vaati virallisen prosessin.[276] Paikkapulan vaikeutumisesta ja parantuville potilaille annetusta etusijasta kertoo vuonna 1916 kirjattu sääntö, jonka mukaan ”parantumattomat sairaat, jotka eivät välttämättömästi vaadi laitoshoitoa, maksakoot korkeamman mukaan”.[277]

Maksuluokkajaon myötä säätyläisiin ja rahvaaseen kuuluvat potilaat erotettiin valtion mielisairaaloissa toisistaan joko täysin erillisiin rakennuksiin tai rakennusten eri siipiin, ja päivittäiset toimet, kuten työskentely ja ruokailu, suoritettiin oman sosiaalisen ryhmän joukossa. Osastojen sijoittuminen laitosalueella teki potilaiden väliset arvovaltaerot näkyviksi ja tunnistettaviksi. Pitkäniemen keskuslaitoksen arkkitehtonista organisoitumista tutkinut Maarit Kallio on korostanut, että säätyläisten väestöosuuteen suhteutettuna heille varattiin huomattavan paljon potilaspaikkoja.[278] Työmies-lehdessä arvosteltiinkin ankarasti järjestelmää, joka tarjosi säätyläisille paremmat mahdollisuudet hoitoonpääsyyn kuin köyhille.[279]

Jo sairaalaan haettaessa potilaalta vaadittiin maksusitoumus, ja sitoumuksen antajan merkittävästä asemasta kertoo se, että hänellä oli valta ottaa hoidettava halutessaan pois sairaalasta, kunhan sitoutui hankkimaan tarvittavan hoidon muutoin.[280] Vain noin kolmannes

275 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 7.

276 Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 30; KM 1923:2, 22–23.

277 Keisarillisen Suomen Senaatin päätös, koskeva valtion sairaaloissa suoritettavia päivämaksuja 21.10.1913 no 31; Keisarillisen Suomen Senaatin päätös, koskeva valtion sairaaloissa suoritettavia päivämaksuja 20.12.1916 no 93. Myös Asetus valtion siviilisairaaloissa suoritettavista päivämaksuista 5.11.1920 no 281.

278 Kallio 2007.

279 K. O. T., Yhteiskunnalliset olot ja laitokset meillä. Työmies 19.5.1903 no 113.

280 Erittäin pakottavissa tilanteissa maksusitoumus voitiin toimittaa viimeistään kahden viikon kuluessa hoidon aloittamisesta. Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23, § 20, § 22, § 38.

potilaista maksoi valtion sairaalassa hoitonsa itse, ja kunta vastasi keskimäärin joka toisen potilaan hoidosta. On merkillepantavaa, että lääkintöhallituksen tilastossa (taulukko 16) maksajaksi eriteltiin ”kunta tai vaivaishoito”. Marjo Vanhanen on Keuruun osalta osoittanut, että paikallinen vastuu mielisairaitten hoidosta jakautui kunnallisasetuksen ja vaivaishoitoasetuksen perusteella kuntakokouksen ja vaivaishoitolautakunnan kesken. Kun hoitokysymystä tarkasteltiin kummassakin elimessä, myös kustannukset jakautuivat siten, että joidenkin potilaiden hoitomaksu maksettiin kunnankassasta ja osan vaivaishoidon varoista.[281] On mahdollista, että potilaan kannalta tällä kustannustenjaolla oli merkitystä, sillä takaisinperimisen uhka sisältyi nimenomaan vaivais- eli köyhäinhoitona myönnettyyn apuun.

Taulukko 16. Päivämaksujen suorittajat (%) valtion mielisairaaloissa 1900–1917[282]

maksaja	1900	1910	1917
kunta tai vaivaishoito	48.5	51.5	48.0
henkilö itse tai omaiset	36.7	31.8	32.4
sairauskassat, tuttavat, talolliset	3.2	2.7	0.7
muut viranomaiset	0.2	0.4	0.1
ilmaishoito	11.4	13.6	18.8
yhteensä (%)	100	100	100
potilaita yhteensä	937	1395	1373

Kunta saattoi täyttää vaivaishoidollisen huoltovelvoitteensa myös antamalla mielisairaalle hoidokille kotiavustusta tai sijoittamalla hänet elätteelle yksityiskotiin. Ruotuhoito, jossa hoidettava kulki määrätyllä alueella talosta taloon, oli periaatteessa kielletty mielisairaiden hoidossa jo vuonna 1888, mutta käytäntöä sovellettiin edelleen yksittäistapauksissa sen jälkeenkin.[283] Köyhäinhoitotilastot osoittavat, että 1900-luvun alussa yleisimmäksi ratkaisuksi muotoutui köyhäintalosijoitus: vuonna

281 Vanhanen 2013, 35–36.
282 SVT XI:17 1900, 125; SVT XI:27, 1910, 396; SVT XI:34 1917, 94.
283 Jaakkola 1994, 130–134; Harjula 1996, 42–43.

1900 alle 30 prosenttia, mutta vuonna 1917 jo noin puolet köyhäinhoidon huoltamista mielenvikaisista hoidettiin köyhäintaloissa.[284]

Vaikka kuntien näkökulmasta köyhäintalo oli edullinen ratkaisu paikkapulaan,[285] hoidollisesta näkökulmasta ongelmaksi miellettiin kuitenkin se, että köyhäintaloissa mielisairaat nähtiin ensi sijassa köyhinä ja vasta toissijaisesti sairaina. Toisin kuin mielisairaaloissa, varattomuus oli ainoa hoitoonpääsyä säätelevä kriteeri.[286] Köyhäinhoidon ja sairaanhoidon yhdistäminen todettiin valtiollisissa mietinnöissä lähtökohdaltaan täysin vääräksi ja käytännössä mahdottomaksi menettelyksi:

> Ettei mielisairaalle henkilölle, ainoastaan siitä syystä että hän on köyhä, hankittaisi tilaisuutta sellaiseen järkiperäiseen hoitoon, jota hänen sairaustilansa vaatii, on sekä periaatteellisesti väärin että epäinhimillistä, sitä enemmän kun hän itse tautinsa laadun vuoksi ei kykene puolestaan puhumaan eikä oikeuttaan valvomaan.[287]

Mielisairaille tarkoitettujen köyhäintalo-osastojen ulkoisista puitteista tai hoidon laadusta ei ollut mitään lainsäädännöllisiä velvoitteita. Potilaita otettiin hoitoon ilman lääkärintarkastusta, ja pahimmillaan mielisairasosaston tiedettiin toimineen liki 30 vuotta ilman yhtäkään lääkärin käyntiä.[288] Tavallisesti lääkäri kävi laitoksessa kuukausittain, mutta maaseutukuntien päättäjien tapa sivuuttaa lääkärin asiantuntemus todettiin ongelmalliseksi.[289] Hoitohenkilökunnan puuttuessa hoidokit jätettiin usein toisten köyhäinhoidokkien vastuulle, ja rautakahleet, pimeät sellit, ala-arvoinen ravinto sekä jopa pahoinpitelyt kuuluivat tarkastusraporttien mukaan laitosten arkeen.[290]

284 Mielisairaita koskevat tiedot esitettiin köyhäinhoitotilastossa 1900-luvun alussa yhdessä tylsämielisiä eli kehitysvammaisia koskevien lukujen kanssa. SVT XXI A:8 1900, 29–30, 32, taulu VI, 98–99; SVT XXI A:22 1914–1917, XXIX–XXXI, taulu VI, 56; Hirvonen 2008, 50.
285 Hirvonen 2008, 50, 53.
286 KM 1908:6, 81, 151–152.
287 KM 1908:6, 152.
288 SVT XXI B:20 1912, 16–17; Sarvilinna 1938, 546–547; Harjula 1996, 44; Hirvonen 2008, 51–52.
289 KM 1908:6, 82–83.
290 SVT XXI B:16 1908, 20–21; KM 1907:9, 90–93; KM 1908:6, 39, 82.

Lisäongelmana oli potilaiden luokittelemattomuus. Vaikka köyhäintalot nähtiin periaatteessa sopivaksi sijoituspaikaksi vain niille mielisairaille, jotka eivät tarvinneet erikoishoitoa, hoidokkeja ei kuitenkaan sairauden laadun perustella valikoitu. Kroonikoitten joukkoon sijoitettiin akuuttitapauksia sekä vaikeasti hoidettavia, levottomia potilaita.[291] Osastot olivat yleensä pieniä, 1910-luvulla useimmiten 6–12-paikkaisia, mutta on selvää että varsinkin suurimmissa, 30–50-paikkaisissa yksiköissä ongelmat korostuivat.[292] Osastoja luonnehdittiin säilytyspaikoiksi tai jopa vankiloiksi, ja niiden todettiin keskittyvän vain huollettavien aisoissapitämiseen ja vaarattomaksi tekemiseen.[293] Kuvaavaa on, että lääkintöhallituksen mielisairaalatilastoissa köyhäintalojen hoitopaikat sivuutettiin yleensä kokonaan eikä niiden edes laskettu kuuluvan *varsinaiseen* mielisairaalahoitoon.[294] Esimerkiksi sosiaalihallituksen vuonna 1918 julkaisemassa mielisairaanhoidon oppaassa Lapinlahden mielisairaalan lääkäri Akseli Nikula luonnehti köyhien mielisairaiden tilannetta varsin heikoksi:

> Käytännössä käy niin, että sairaalahoitoa tarvitsevat saavat odottaa kuukausia, toisinaan vuosikausiakin laitokseen pääsyä. Varsinkin vähävaraisille ovat olot epäedulliset, sillä maan mielisairaista on melkein puolet köyhäinhoidon varassa ja ainoastaan noin 2 % heistä saa varsinaista mielisairaanhoitoa.[295]

291 Wahlberg, C. F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi. Duodecim 3/1905, 73; KM 1908:6, 81–82, 216; KM 1918:7, 110; Sarvilinna 1938, 545–546; KM 1907:9, 90–99.

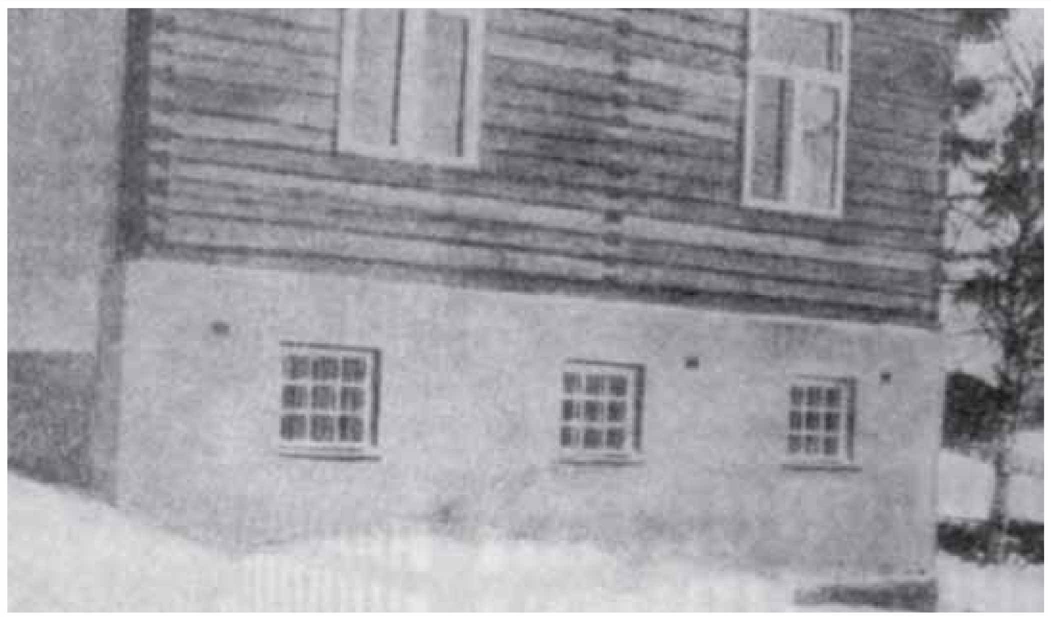
292 Wahlberg, C. F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi. Duodecim 3/1905, 79–83; KM 1908:6, 217–218; Helsingius 1917, 147; VP 1919, Liitteet IV,5, Anom.ehd. no 57, 339; Mäkelä 1937, 66–72.

293 SVT XXI B:14 1906, 9–10; KM 1908:6, 82, 216–218; KM 1907:9, 93; Nikula 1918, 18; Wahlberg, C. F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi. Duodecim 3/1905, 75–76; KM 1918:7, 110.

294 Lääkintöhallituksen vuosikertomuksissa 1900-luvun alussa vaivaistalojen mielisairasosastojen lukuja sisällytettiin satunnaisesti eri paikkakuntien sairassijoja eritteleviin taulukoihin (esim. SVT XI:1927 1910, taulu II ja SVT XI:35 1918, taulu III). Vuoden 1937 vuosikertomuksessa todetaan, ettei vuoden 1918 tilastoon sisällytettyjä 107 vaivaistalopaikkaa sittemmin ole hyväksytty varsinaisiksi sairaalapaikoiksi. Mäkelä 1937, 52. Vasta vuonna 1957 köyhäintalojen mielisairasosastojen olemassaoloon kiinnitettiin vuosikertomuksessa huomiota, ja vuonna 1961 ne tilastoitiin kategoriaan laitossairaalat. SVT XI:60 1957, 27–28; SVT XI:64 1961, 89, 110–111.

295 Nikula 1918, 22–23.

Vaikka mielisairasosastoja kritisoivat sekä köyhäinhoito- että terveysviranomaiset, molemmat tahot näkivät osastot kuitenkin välttämättöminä hoitopaikkapulan paikkaajina eikä niistä luopumista pidetty käytännössä mahdollisena.[296]



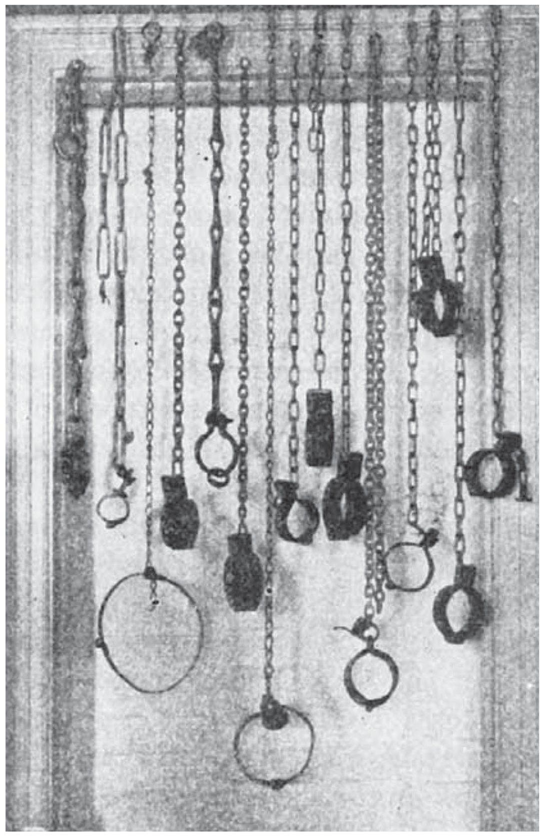
Kuva 4. Kokkolan maalaiskunnan vaivaistalon mielisairaskopit sijaitsivat rakennuksen pohjakerroksessa. Piirilääkäriä kuultuaan kuvernööri kielsi koppien käytön (SVT XXI:B 17 1909, 10, 12).

Rinnakkain köyhäintalo-osastojen kanssa kuntiin rakennettiin kunnallisia mielisairaaloita. Toisin kuin suurten kaupunkien – Helsingin, Turun, Tampereen ja Viipurin – mielisairaalat, jotka 1910-luvun lopulla olivat ajanmukaisiksi luonnehdittuja, lääkärijohtoisia ja hoitohenkilökunnalla varustettuja, päivämaksuiltaan valtion sairaaloiden tasoisia laitoksia,[297] maalaiskuntien yhteiset mielisairaalat miellettiin

296 KM 1907:9, 91–93; KM 1908:6; KM 1918:7, 109–111.

297 Nikula 1918, 18–19. Esimerkiksi Helsingissä köyhäintalon selleinä vuonna 1873 toimintansa aloittanut mielisairasosasto laajeni vuonna 1894 liki 70-paikkaiseksi vaivaishoidon alaiseksi mielisairaalaksi ja edelleen vuonna 1912 terveydenhoitolautakunnan alaisuudessa toimivaksi yli 300 hengen laitokseksi. Ristimäki 1995, 43, 66, 101–102. Tampereella kunnallinen mielisairaala puolestaan siirtyi sairaalahallinnon piiriin vuonna 1903 ja irtautui lopullisesti köyhäinhoidosta, kun laitos muutti pois köyhäintalon alueelta vuonna 1916. Jaakkola 1986, 23, 34–36. Päivämaksuista Bergstedt 1907, 476, 492, 500.

Kuva 5. Vaivaishoidontarkastelija Helsingius liitti vuosikertomukseensa 1908 kuvan mielisairaiden kytkemiseen käytetyistä rautakahleista (SVT XXI B 16 1908, 21).



tasoltaan vaatimattomiksi. Näiden ns. piirimielisairaaloiden luonne eräänlaisina köyhäinhoidon jatkeina sai kirjauksensa valtionavun ehdoissa vuonna 1898. Säädöksen mukaan näihin, vähintään 20-paikkaisiin laitoksiin tuli ottaa potilaita seuraavassa järjestyksessä:

1) parantumattomat varattomat kuntalaiset
2) paranevat mielisairaat, jotka odottavat paikkaa valtion laitokseen
3) muut heikkomieliset.[298]

Piirimielisairaalat leimattiin aluksi kuntien yhteisiksi köyhäintaloiksi, sillä etusija oli varattomilla potilailla ja itsemaksavia otettiin vain tilan salliessa.[299] Erona kuitenkin oli, että piirimielisairaaloilta vaadittiin alusta asti ohjesääntö ja että lääkäri oli köyhäintaloa useammin tavoitettavissa.[300] Piirimielisairaalat yleistyivät kuitenkin hitaasti: Harjavallan (1903) jälkeen seuraavina rakennettiin Kellokosken (1915) ja Uudenkaupungin (1916) laitokset.[301] Asiantuntijoiden keskuudessa kunnallisiin piirimielisairaaloihin suhtauduttiin 1900-luvun alussa

298 Helsingius 1917, 148–151.
299 Helsingius 1917, 148, 151; Therman, Ernst, Katsaus piirimielisairaaloitten syntyyn ja kehitykseen maassamme. Duodecim 8–9/1924, 384–396; Bergstedt 1907, 611.
300 Helsingius 1917, 144–151. Harjavallan piirimielisairaalassa lääkärin tuli käydä vähintään kahdesti kuukaudessa, Kellokoskella kerran viikossa ja Uudenkaupungin laitoksessa vähintään kahdesti viikossa. Sarvilinna 1938, 585, 595; Jyrkinen 2005, 54.
301 Sarvilinna 1938, 572–598.

varsin epäilevästi ja koko ala asetettiin 1920-luvulle tultaessa valtiollisen suunnittelutyön kohteeksi.[302]

Tuberkuloosiparantolat harvojen saavutettavissa

Vaikka tuberkuloosi miellettiin 1900-luvun alussa vakavaksi uhkaksi kansan terveydelle, sairaansijoja ja varsinkin ilmaispaikkoja oli tarjolla huomattavasti vähemmän kuin muiden tarttuvien tautien hoitoon. Erityisiä valtiollisia hoitolaitoksia ei ollut lainkaan eikä tavallisiin sairaaloihin mielellään otettu pitkäaikaista hoitoa vaativia keuhkotuberkuloottisia. Tuberkuloosihoidon tarpeen laajuudesta kertoo se, että vuosina 1909–1918 valtion yleissairaaloihin oli hakeutunut yli 11 000 potilasta, jotka sairastivat taudin eri muotoja kuten luu-, nivel- tai rauhastuberkuloosia.[303]

Tuberkuloosikomitea suositteli vuonna 1900 paitsi valtiollisten parantoloiden perustamista myös valtionavun myöntämistä yksityisille ja kunnallisille parantoloille. Valtion mukaantuloa perusteltiin sillä, että parantolat ehkäisivät tartunnan leviämistä ja pelastivat työvoimaa ennenaikaiselta kuolemalta; parantumattomien hoidon sen sijaan katsottiin kuuluvan kuntien ja perheiden vastuulle. Valtion osallistumista pidettiin tarpeellisena, jotta hoitopaikkoja saatiin myös niille, joilla ei ollut varaa osallistua hoitokustannuksiin. Täydellistä ilmaishoitoa komitea ei pitänyt mahdollisena, mutta puolet hoitopaikoista valtion parantoloissa ehdotettiin vapaasijoiksi. Varattomille varattavaa paikkakiintiötä suunniteltiin myös yksityislaitosten valtionavun ehdoksi.[304]

Vaikka komitea laski tarvittavan yhteensä 600 kansansanatoriumipaikkaa, aikakaudelle tyypilliseen tapaan se ehdotti varovaista etenemistä ja aluksi vain yhden 100-paikkaisen mallilaitoksen perustamista: ”komitean mielestä on (...) oikeinta odottaa, mitä tuloksia tämä

302 KM 1908:6, 82–85; KM 1923:2; Therman, Ernst, Katsaus piirimielisairaaloitten syntyyn ja kehitykseen maassamme. Duodecim 8–9/1924, 384–396.

303 Esim. KM 1900:8, 5–22, 35–41, 77-78; SVT XI:17 1900, tab. 2, III–VII; Duodecim-seuran kokousten pöytäkirjoja 16–17.1.1907. Duodecim 8–9/1907, 302; KM 1924:3, 3–4, 29, 36–37; Forsius 2004b.

304 KM 1900:8, 61–62, 67, 69–71, 75, 77–78.

hoitotapa meillä tuottaa, ennenkun suurenmoisempiin toimenpiteisiin ryhdytään”.[305] Kun valtion rakennushankkeet viivästyivät, tuberkuloosilaitosten perustaminen jäi yksityisten ja kuntien vastuulle.[306] Ensimmäisessä, vuonna 1901 avatussa lastenparantolassa valtionavun ehtona oli, että sen 30 sairaansijasta kymmenen oli maksuttomia.[307] Yksityiset Takaharjun ja Nummelan parantolat perustettiin vuonna 1903 lääkäriyhdistysten voimin. Ensimmäisinä toimintavuosina niiden hoidokeista yhteensä peräti kolmannes oli virkamiehiä, opettajia, talonomistajia yms. verraten varakasta väkeä. Vain vajaa viidennes hoitopaikoista oli vapaasijoja ja niitäkin myönnettiin yleensä vain maksavina potilaina hoitonsa aloittaneille. Maksuluokkia oli kolme, ja eniten kysyntää oli juuri alimman hinnan hoitosijoista. Moni näille paikoille päässeistä joutui kuitenkin taloudellisista syistä jättämään hoidon kesken. Kun odotusajat puolestaan venyivät jopa 1–3 vuoden mittaisiksi, tauti ehti edetä niin pitkälle, ettei potilasta enää paikan vapautuessa voitu parantolaan ottaa.[308] Mikko Jauho onkin todennut, ettei pidempiaikainen hoito ollut vähävaraisten saavutettavissa ellei kunta tai muu taho sitoutunut vastaamaan kustannuksista.[309] Parantoloiden vuosikertomusten mukaan juuri vähävaraiset olivat itse asiassa toivottomammassa tilanteessa kuin ilmaispaikoille päässeet varattomat.[310] Keuhkotautisten hoidon tilaa pidettiinkin paikkapulan takia muita sairasryhmiä huonompana:

> [Viime vuonna] on hakioiden luku halvimmalle maksuluokalle ja etenkin vapaapaikoille ollut yhäti lisääntymässä (…) Juuri sillä osalla kansaa, joka näitä paikkoja hakee, on vähimmät mahdollisuuden koto-oloissa jatkaa parantolassa opittua hoitotapaa (…) Kovin on vaikeata yhä ja yhäti lukea heidän uudistuvia pyyntökirjeitään, toinen toistaan liikuttavampia ja surkeampia, joihin kuitenkin täytyy aina vastata ”ei ole vieläkään paikkaa”. (…) Muita tauteja poteville

305 KM 1900:8, 70–71.
306 KM 1924:3, 32–54.
307 SVT XI:21 1904, liite II, 93.
308 SVT XI:21 1904, 93–94, 96, 98, 100; SVT XI:22 1905, 219–220, 226; SVT XI:23 1906, 306–307.
309 Jauho 2007, 236–237.
310 SVT XI:21 1904, 100.

> on halvat valtiolaitokset ja kunnan sairaalat tarjona, keuhkotautiset jäävät niistä eniten osattomiksi.[311]

Piirilääkäri Nils Jonathan Arppen mukaan keuhkotautisten hoitotilanne oli ”semmoinen luku meidän valistuneen aikakauden historiassa että siitä tuskin ilkeää puhua”: 30 vapaasijaa noin 6000 keuhkotautisairaalle oli täysin riittämätön määrä.[312] Tilanteen todettiinkin synnyttäneen hakijoissa katkeruutta:

> Kansassa on ollut ja on tietysti vieläkin vallalla käsitys, että yhteiskunta on velvollinen huoltamaan sairashoidon vähempivaraisille ja kun huomataan miten pian varakkaampi pääsee hoitoa nauttimaan vähempivaraisen saadessa vuodenkin odottaa parantolaan pääsyä, synnyttää tämäkin katkeruutta ja vihaa yhteiskuntaa ja vallitsevia oloja vastaan, jota vihaa toiset tietysti vielä koettavat lietsoa mielin määrin.[313]

Vaikka hoitopaikkojen määrä lisääntyi, kun ympäri maata perustettiin pieniä yksityisiä laitoksia ja myös muutamat kaupungit ja kunnat ylläpitivät omia parantoloitaan, ei paikkatarve vastannut kysyntää: vuoden 1920 alussa käytettävissä oli yhteensä 655 yksityistä ja kunnallista hoitopaikkaa, mutta kun tautia sairastavia arvioitiin olevan peräti 45 000, paikkoja laskettiin tarvittavan jopa yli kymmenkertainen määrä.[314] Avohoitoon perustuvat huoltolat kohensivat hoitotilannetta kaupungeissa. Ensimmäinen huoltola perustettiin vuonna 1904 Helsinkiin, ja vuoteen 1917 mennessä toiminta käynnistyi myös yhdeksässä muussa kaupungissa. Koko maassa tuberkuloosihuoltoloiden piiriin kuului kuitenkin tuolloin vain 15 prosenttia väestöstä, sillä

311 SVT XI:22 1905, 219.

312 Duodecim-seuran kokousten pöytäkirjoja 16–17.1.1907. Duodecim 8–9/1907, 302–303.

313 SVT XI:23 1906, 306.

314 Vuonna 1920 toiminnassa oli lääkintöhallituksen tilaston mukaan 10 yksityishoitolaa, joissa oli yhteensä 379 paikkaa. Niiden lisäksi neljässä kaupungissa ja kahdessa maalaiskunnassa oli yhteensä 276 sairaansijaa käsittävät omat parantolansa. Valtiollinen 100-paikkainen Halilan keuhkotautiparantola avattiin käyttöön lokakuussa 1920. SVT XI:37 1920, taulu III, XII–XIII; KM 1924:3, 17.

maaseudulla toimi ainoastaan kaksi huoltopiiriä.[315] Huoltoloiden etuna oli ilmainen lääkärinhoito ja lääkkeet, ja potilaille saatettiin myöntää myös ruoka- tai vuokra-avustusta.[316] Kokonaisarvio vuosisadan alun tilanteesta oli kuitenkin, ettei järjestelmällistä, laajamittaista taistelua tuberkuloosia vastaan ollut edes aloitettu ja että muihin maihin verrattuna rahalliset satsaukset olivat jääneet Suomessa vaatimattomiksi.[317]

315 Härö 1992, 34–36, 88–91.
316 Rosqvist, Ina, Tiedonanto- ja avustustoimistoista tuberkulotisia varten eli n. k. huoltoloista. Duodecim 6–7/1909, 239–254.
317 KM 1924:3, 94.

4. YHTEENVETO

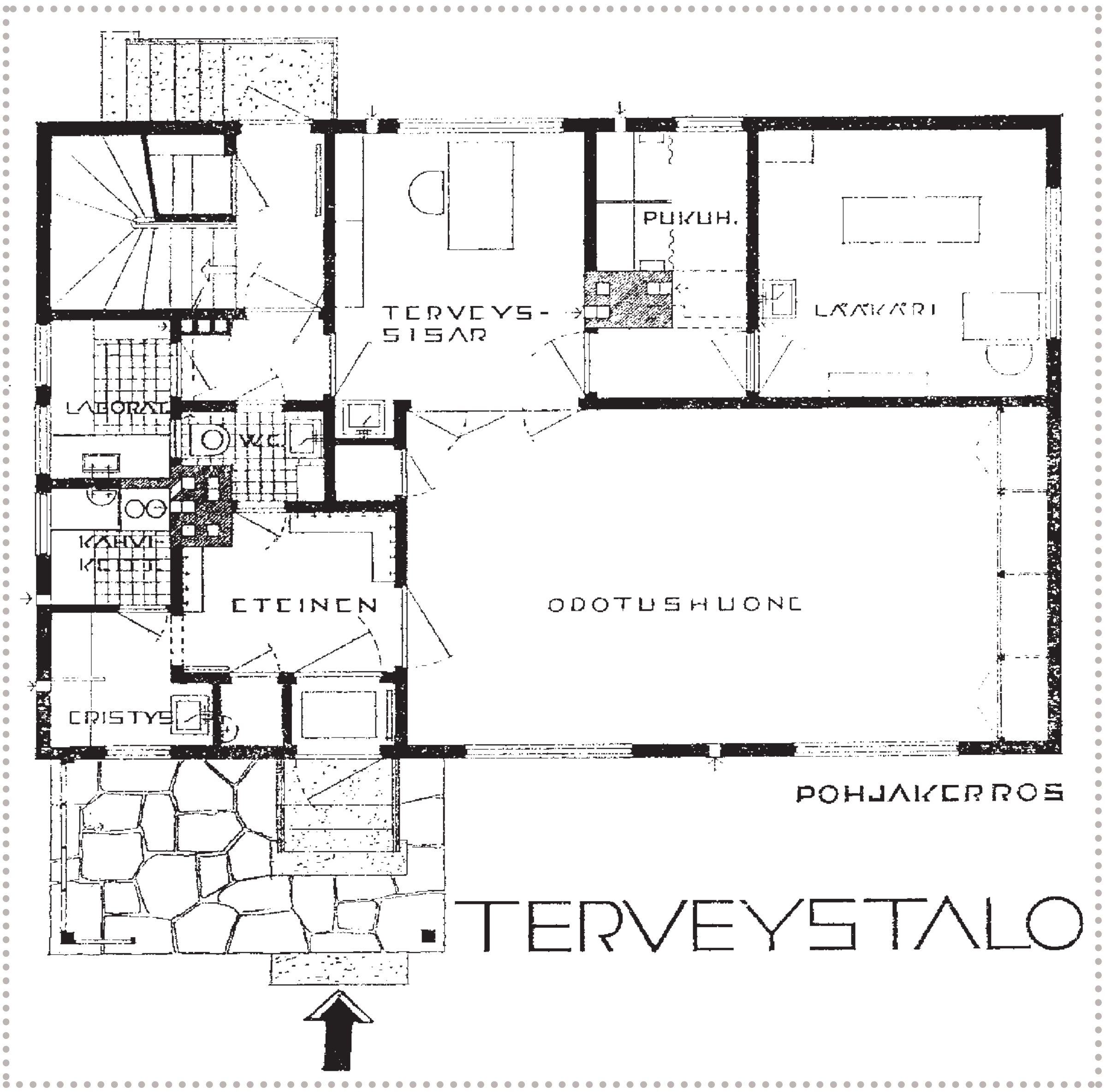
Terveyspalvelut rakentuivat 1900-luvun alussa paikkakunta- ja tautikohtaisesti. Kullakin paikkakunnalla oli omanlaisensa, aukollinen palveluverkko, joka loi terveyskansalaisuuteen erilaisia paikallisia variaatioita ja ylläpiti sosiaalisia eroja. Palveluiden saatavuus määräytyi yksilön sosiaalisen aseman mukaisesti: itsestään huolehtivalla ja omillaan toimeentulevalla oli muita paremmat mahdollisuudet hoitoon hakeutumiseen ja laadukkaaseen hoitoon. Etelä-Suomen varakkaat kaupunkilaiset saattoivat valita mieleisensä yksityislääkärin ja saada hoitoa yksityissairaalassa tai yleisten sairaaloiden yksityispotilaina. Köyhäinhoitoon pohjaava varattomien tukijärjestelmä puolestaan synnytti terveyskansalaisuuden alaluokan, jossa hoitoonpääsy oli pitkälti riippuvainen köyhäinhoitoviranomaisten portinvartijaroolista. Ilmaishoitokin oli pääosin pakkotoimiin kytkeytyvä ja usein stigmatisoitu väylä terveyspalveluihin. Juuri köyhyys ja köyhäinavun saamiseen kytkeytyvä vajaavaltaisuus lisäsivät riskiä joutua pakkohoidon kohteeksi.

Vaikka piirilääkärijärjestelmä sisälsi mahdollisuuden köyhäinavusta riippumattomaan maksuttomaan hoitoon ja edusti siten pyr-

kimystä tasa-arvoiseen hoitoonpääsyyn, piirilääkäreiden vähäisyyden takia palvelu ei ollut läheskään kaikkien halukkaiden saatavilla. Kun noin puolet maalaiskunnista oli edelleen vailla kunnanlääkäriä, kätilöt ja kiertävät sairaanhoitajattaret olivat monilla seuduilla lääkäreitä paremmin tavoitettava ammattiryhmä.

Terveyspalveluiden sijaan aikakauden terveyskansalaistamisen painopiste oli kansalaiskasvatuksessa. Jokaisella kansalaisella katsottiin olevan sosiaalisen asemansa määrittelemä tehtävä terveysvalistuksen saralla: oikeus terveystiedon saamiseen ja velvollisuus sen omaksumiseen koski jokaista, mutta sivistyneistöille asetettiin lisäksi velvoite alempien kansankerrosten ohjaamiseen. Juuri rahvaan kansalaistaminen nähtiin edellytyksenä vapaaehtoisuuteen pohjaavalle terveyspalvelurakentamiselle, palveluiden käytölle sekä pakkotoimien hyväksymiselle. Terveysvalistus oli olennainen osa luottamuksen ja hyväksynnän rakentamista. Unelma koko kansan yhdistävästä terveysaatteesta kariutui viimeistään sisällissotaan ja sai haastajakseen palvelurakentamista painottavan näkökulman.

III


TERVEYS-
SISAR
PUKUH.
LÄÄKÄRI
LABORAT.
WC
ETEINEN
ODOTUSHUONE
ERISTYS
POHJAKERROS
TERVEYSTALO

III

KANSANTERVEYS OIKEUKSIEN JA VELVOLLISUUKSIEN YHTÄLÖNÄ: 1920-LUVULTA 1950-LUVUN JÄLKIPUOLISKOLLE

1. KANSAAN KUULUMINEN JA SOSIAALISET OIKEUDET

Kahtia jakautunut kansa: ”suuri juopa koetettava poistaa”

Vaikka Suomen itsenäistyminen sinällään ei muuttanut terveydenhuollon käytäntöjä tai terveyspalveluiden tarjontaa, tapahtui muutos niissä puitteissa, joissa terveyttä tarkasteltiin. Vuonna 1922 asetettu valtiollinen tuberkuloosikomitea korosti, että maan itsenäistyminen loi sekä uusia velvoitteita että mahdollisuuksia kansalaisten terveydestä huolehtimiseen.

> Jos nyt teemme vertailuja meidän ja muiden sivistysmaiden välillä, ei vertailu todellakaan koidu meille kunniaksi. Voimme tosin sanoa, että meillä *varhemmin* ei ole ollut tilaisuutta seurata mukana (...). Mutta *nyt* on asema toinen, ja nyt on meidänkin ryhdyttävä järjestelmälliseen työhön. Ei suinkaan vain kunniam-

me tähden sivistysvaltiona, vaan, vielä suuremmassa määrässä, vähentääksemme (...) kurjuutta ja pelastaaksemme kansakunnalle sen elävätä voimaa, mistä juuri jokaisen kansan sekä nykyisyys että tulevaisuus niin oleellisesti riippuu.[1]

Terveys nähtiin entistä korostetummin kansallisena kohtalonkysymyksenä, varsinkin kun maailmansota ja sisällissota todettiin takaiskuksi alkaneelle suotuisalle kehitykselle:

Pitkällisen sodan, niukan ravinnon, keskinäisen sodan, kauan kestävän henkisen jännityksen y.m. seikkojen takia näyttää yleinen terveyden tila maassamme alentuneen. Tämän asian korjaamiseksi olisi ryhdyttävä tarmokkaisiin toimenpiteisiin niinhyvin valtion, kuntain kuin yksityisten kansalaistenkin puolelta, ettei syntyisi ylen kauaksi tulevaisuuteen saakka vaikuttavia vaurioita kansamme terveellisessä kehityksessä. (…) Itsenäisessä Suomessa varmaan aukenevat paremmat mahdollisuudet näidenkin seikkojen kehittämiselle kuin entisenä vieraasta vallasta riippumisen aikana.[2]

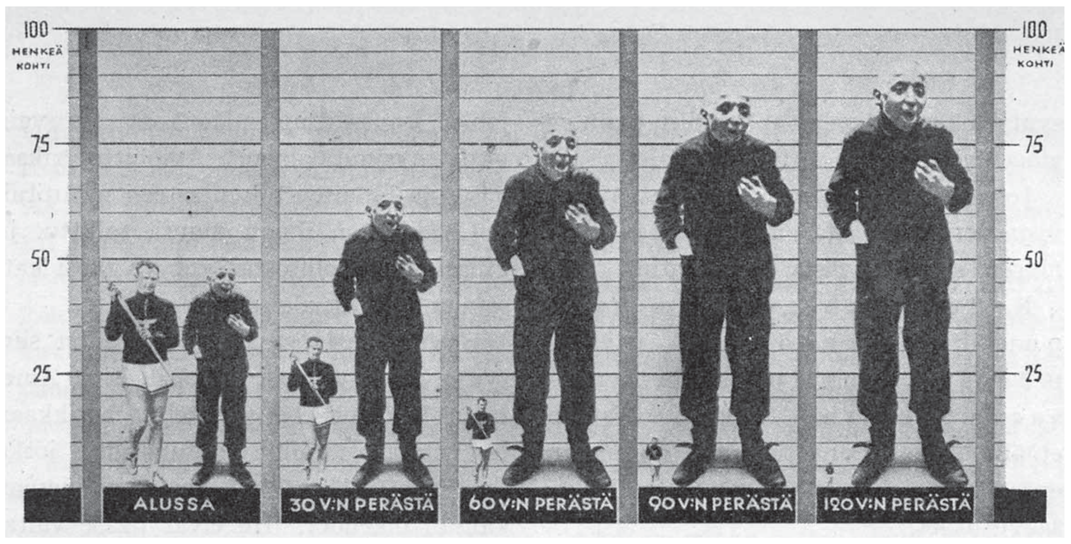
Kun sisällissota jälkiselvittelyineen jakoi kansan kahtia, kysymys kansaan kuulumisesta ja kansalaiselle asetetuista vaatimuksista aktualisoitui 1920- ja 1930-lukujen aikana uudella tavalla (kuvio 8). Kansan kahtiajako konkretisoitui, kun kapinallisiksi pettureiksi leimatut punaiset rajattiin kansalaisoikeuksien ulkopuolelle: kaikkiaan 60 000 henkilöä tuomittiin vankeustuomion myötä menettämään kansalaisluottamuksensa, mikä merkitsi äänioikeuden kumoutumista sekä yksityisoikeudellisen aseman kaventumista mm. elinkeinon- ja ammatinharjoittamisen sekä yhdistystoiminnan osalta.[3] Käytännössä kommunistit suljettiin koko suomalaisuuden käsitteen ulkopuolelle, ja oikeistoradikalismin ajamat kommunistilait ylläpitivät 1930-luvulle tultaessa kansaan kuulumisen poliittisia rajoja.[4] Vaikka yleisen

1 KM 1924:3, 94–95, kursivointi alkuperäinen.
2 Laitinen, Taav., Yleisen terveyshoidon kohottamiseksi. THL 4/1919, 49.
3 Rahikainen 1995, 31; Harjula 2006, 370.
4 Esim. Siltala 1985; Huttula 2000; Kangas 2006a, 363; Mickelsson 2007, 91–136.

ja yhtäläisen äänioikeuden ulottaminen kunnallishallintoon merkitsi paikallisen demokratisoitumiskehityksen alkua, valtiollisten vaalien tavoin kunnallista poliittista osallistumista rajattiin. Kansalaisluottamuksensa menettäneiden ohella myös köyhäinhoidokit, holhouksenalaiset ja kunnalliset maksunsa laiminlyöneet jäivät kunnallisen äänioikeuden ulkopuolelle.[5]

Kansalaisuuden rajoja määriteltiin 1920–1930-luvuilla myös biologisin perustein. Perinnöllisyystieteen vanavedessä muotoutunut degeneraatio-oppi ja rotuhygieeninen ajattelu tarjosivat biologisen selityksen ja ratkaisun niin sosiaalisille kuin poliittisillekin ongelmille. Huonoa perintöainesta kantavat degeneroituneet – mm. rikolliset, moraalittomat, mielisairaat ja tylsämieliset – luokiteltiin ei-toivotuksi, kansakuntaa heikentäväksi väestöainekseksi. Suomessa sisällissota antoi ajattelusuunnalle lisäpontta, sillä kapinan todettiin osoittavan henkisesti vajaamittaisten alttiuden rappeutuneiden ”kiihottaja-tartuttajien” sanomalle ja todistavan siten degeneraation etenemistä. Sodan jälkeen rotuhygienian johtohahmot ehdottivat jopa yleisen äänioikeuden korvaamista biologisen kelpoisuuden mukaan porrastetuilla poliittisilla oikeuksilla, ja esimerkiksi köyhäinhoidon piirissä degeneraatiosta löydettiin selitys jatkuvasti kasvaville huoltomenoille. Markku Mattila onkin nostanut esiin rotuhygienian monimuotoisuuden yhteiskuntakontrollin välineenä.[6]

5 Yhteenveto valtiollisista ja kunnallisista äänioikeusesteistä ks. Harjula 2010, 5.
6 Halmesvirta 1995, 13–69; Harjula 1996, 130–135; Mattila 1999; Sibelius 1920, 670–671, 685–686.

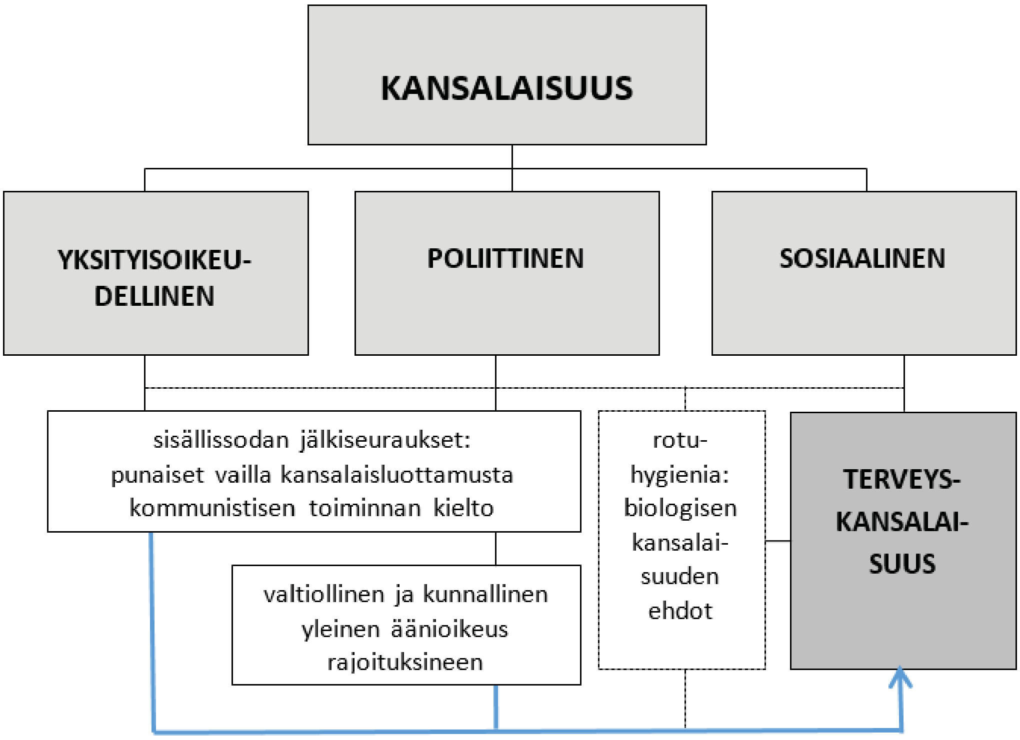


Kuva 6. ”Miten kansan käy, jos perinnöllisesti heikoilla yksilöillä on neljä lasta ja perinnöllisesti arvokkailla vain kaksi”. Saksalaista alkuperää oleva kuvataulukko havainnollisti uhkakuvan väestön laadun huononemisesta (THL 3/1942, 63).

Kun rotuhygienia laaja-alaisuutensa ja yhteenkietoutuvien syy-seuraus-selitystensä myötä ulotti vaikutuksensa kansalaisuuden kaikille osa-alueille, olen nostanut sen esille omana erityisilmiönään kuviossa 8. Rotuhygienia oli myös kiinteä osa terveydenhoitoa ja terveyskansalaisuuden määrittymistä. Terveydenhoidon luokituksissa 1920–1930-luvuilla ”tulevien sukupolvien terveyteen tähtäävä” rotuhygienia eli rotuterveydenhoito nostettiin omaksi erikoisalakseen.[7] Kelvottoman väestöaineksen lisääntymistä ehkäisevän ns. negatiivisen rotuhygienian kääntöpuolena oli perimältään parhaan kansanosan lisääntymisen kannustaminen positiivisin keinoin. Syntyvyyden alenemisen, väestönkasvun taantumisen ja naapurimaita korkeamman imeväiskuolleisuuden herättämä väestöpoliittinen huoli korostui 1940-luvun sotavuosina ja tiivistyi iskulauseessa ”meitä on liian vähän”.[8]

7 Rotuhygienia miellettiin sosiaalihygienian tavoin yleisen terveydenhoidon osa-alueeksi tai itsenäiseksi lohkoksi yleisen ja yksityisen terveydenhoidon rinnalla. M. O-B 1917, 1452–1453; Palmén 1922, 303; Nordquist 1924, 1–2; A.J.P. 1937, 919–920.

8 Savonen 1941, 12–13; Helén 1997; Mattila 1999; Harjula 2007, 40–73.



Kuvio 8. Terveyskansalaisuus kansalaisuuden kokonaisuudessa 1920- ja 1930-luvuilla

Heti sisällissodan jälkeen perinteinen terveysvalistus eli valistuslehdet ja koko kansaa yhdistävä järjestötoiminta hiipui. Terveydenhoitolehden levikki putosi alle kolmannekseen ja ruotsinkielinen julkaisu lopetettiin kokonaan.[9] Lääkintöhallituksen pääjohtajana vuosina 1911–1917 toiminut Taavetti Laitinen etsi ratkaisua ”kauan nukkuneen” Kansallisen Terveysliiton toiminnan uudelleen virittämisestä, mutta hänen ajatuksensa ”kuohuvien ja politikoivien mielten” yhdistämisestä ”riidattomaan ja kansaa kohottavaan edistystyöhön” ei kuitenkaan saavuttanut vastakaikua.[10]

Raija Julkusen ja Jussi Vauhkosen luonnehdinnan mukaan sisällissota vahvisti ”kansaa alamaistavaa, kasvattavaa ja rankaisevaa eetosta”

9 Terveydenhoitolehden levikki putosi vuoden 1913 noin 10 000:sta noin 3000:een vuonna 1920. Terveysvalistuksen isähahmo Konrad ReijoWaara jättäytyi niin ikään toiminnasta syrjään heti sisällissodan jälkeen, minkä Ignatius tulkitsee kannanotoksi kansan kahtiajakautumiseen. Ignatius 2012, 218, 220, 618–634.

10 Laitinen, Taav., Yleisen terveyshoidon kohottamiseksi. THL 4/1919, 50; Ignatius 2012, 882–883.

kantavaa, holhoavaa porvarillista reformismia.[11] Pekka Haatanen on kuitenkin korostanut, että vaikka osa ministereistä ja virkamiehistä tietoisesti jarruttikin palkkatyöväkeen kohdistuvaa sosiaalipolitiikkaa, sosiaalihallinnon johdossa yleistyi varsin pian sodan jälkeen ståhlbergilainen eheyttämisajattelu, joka korosti luokkavastakohtaisuuksien sovittelua.[12] Aikakauden ilmapiirin kaksijakoisuus nousee selvästi esiin nimimerkki O.M.:n tekstissä Terveydenhoitolehdessä vuonna 1919, jossa samassa lauseessa sekä painotettiin kapinallisten syyllisyyttä että tuotiin esiin sosiaaliset olosuhteet huomioon ottavan terveydenhoitotyön tarve:

> Nyt on niin, että siihen suureen iloon ja onneen, jota me tunnemme voitetun vapauden johdosta, sekoittuu paljon katkeruutta, kun suuri osa meidän kansaamme (…) päinvastoin kantaa mielessään leppymätöntä vihaa ja kostoa. Vaikka heidän onnettomuutensa onkin heidän oma vikansa, on kumminkin koetettava ymmärryksellä poistaa se suuri juopa, mikä nyt niin jyrkästi eroittaa yhteiskuntaluokat toisistaan.[13]

Periaatteessa uudenlaiset mahdollisuudet reformien toteuttamiseen avautuivat, kun lääkintöhallituksen pääjohtajiksi nimettiin Hannes Ryömä (1928–1939) ja Oskari Reinikainen (1939–1953), jotka molemmat toimivat SDP:n kansanedustajina ja jopa ministereinä poliittisen vallan ytimessä.[14] Nimitysten voidaan katsoa konkretisoineen terveyshallinnon irtautumisen valkoisen Suomen ideologiasta, ja jo heidän edeltäjänsä, Akseli Koskimies (1920–1927) tunnettiin sosiaalihygienian ja koko kansan tavoittavien palveluiden puolestapuhuja-

11 Julkunen & Vauhkonen 2006, 302–304.
12 Haatanen 1992, 36–37, 64, 107, 290.
13 O.M., Eräs ehdotus sairaanhoitajattarien toimialan laajentamisesta THL 6/1919, 85.
14 Ryömä oli kansanedustajana 1919–1939 ja hän toimi ministerinä Tannerin vähemmistöhallituksessa 1926–1927 ja Cajanderin hallituksessa 1937–1938. Reinikainen oli kansanedustajana 1919–1945, apulaissosiaaliministerinä Cajanderin hallituksessa 1938–1939 ja lisäksi eduskunnan talousvaliokunnan puheenjohtajana vuosina 1922–1931 sekä 1932–1944. Tiitta 2009, 98, 143–145, 194–195. Kansanedustajat 1907–. http://www.eduskunta.fi/thwfakta/hetekau/hex/hxent.htm (Luettu 5.5.2011).

na.[15] Hallitusohjelmassa terveyspalvelut nousivat ensimmäistä kertaa esille vuonna 1937, kun kansan eheytymisen merkkipaaluna pidetty laajapohjainen punamultahallitus aloitti toimintansa.[16] Laajojen terveyspalvelu-uudistusten toteutumista 1940-luvun sotavuosien aikana ja heti niiden jälkeen on osaltaan selitetty talvisodan synnyttämällä yhteishengellä ja sosiaalisella mielialalla.[17] Käytännössä uudistukset rakentuivat jo 1920–1930-luvuilla käytyjen keskustelujen pohjalle, joten terveyskansalaisuuden rakentumisen näkökulmasta 1940-luvun kehitys asettuu pikemminkin edellisten vuosikymmenten jatkumoksi kuin erilliseksi murroskaudeksi.

Yhteiskunnan kokonaisetu määrittää yksilön oikeudet

> (…) se menneiden aikojen ajattelutapa, (…) jonka mukaan jokainen on oman onnensa seppä (…) on vähitellen vaihtumassa sosiaaliseksi ajattelutavaksi, jonka mukaan yksilö auttaa yhteiskuntaa, jolloin täten syntyvä voimakas yhteiskunta voi yksilöä paremmin palvella ja samalla tasoittaa joillekin yksilöille kohtalon oikkujen tuomaa epäoikeudenmukaisuutta.[18]

Lääkäreiden ammattilehdissä 1930–1940-lukujen taitteessa korostettiin edellisten vuosikymmenten aikana tapahtunutta *sosiaalisen ajattelutavan* syntyä, jonka myötä yksilön ja yhteiskunnan keskinäisiä velvollisuuksia ja oikeuksia oli alettu määritellä uudelleen myös terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Muutos kytkeytyi osaltaan uuteen *sosiaalisten oikeuksien* käsitteeseen. Lakimies-lehdessä vuonna 1932 todettiin, että maailmansodan jälkeen moniin uusiin valtiosääntöi-

15 Soininen, Gunnar, Akseli Koskimies. Duodecim 5/1943, 193–201; Tiitta 2009, 98–99.
16 Pääministeri Aimo Cajanderin III hallituksen ohjelma 1937; Tiitta 2009, 135.
17 Sota-ajan merkityksestä esim. Nieminen 1958, 100; Urponen 1994, 204–216; Satka 1995, 118–123; Hänninen 2001, 30–31; Laurent 2012.
18 Wilska, Alvar, Kansanterveys tieteellisenä tutkimusobjektina. SLA 4/1944, 163. Myös: Savonen, Severi, Euroopan hygieniakouluista ja kansanterveyden edistämislaitoksen perustamisesta Suomeen. Duodecim 5/1938, 387.

hin oli kirjattu ”aivan uudenlaatuisia, uusimman yhteiskunnallisen kehityksen aiheuttamia säännöksiä”, joissa:

> valtio on ottanut suojaansa joukon uusia sosiaalisten elämänmuotojen luomia oikeuksia ja vaatimuksia. Katsotaan, ettei valtion ole ainoastaan tunnustettava yksilön oikeudellista riippumattomuutta, vaan huolehdittava myös siitä, että hän voi saavuttaa yhteiskunnallisen ja taloudellisen riippumattomuuden.[19]

Artikkelissa korostettiin kuitenkin, että näiden *sosiaalisten perusoikeuksien* muoto ja sisältö oli toistaiseksi hyvin epämääräinen ja vasta ”tulevaisuus on osoittava, mitä käytännöllistä merkitystä niillä voi olla”.[20]

Suomen hallitusmuodossa (1919), joka keskittyi tsaarinvallan perinnön ja sisällissodan myötä yksilön perus- eli vapausoikeuksien turvaamiseen, sosiaaliset oikeudet jäivät taka-alalle. Säädös sisälsi kyllä selvän koulutuspoliittisen ohjelman, jonka vaatimus kaikille maksuttomasta kansakouluopetuksesta toteutui oppivelvollisuuslaissa jo vuonna 1921. Terveyden osalta hallitusmuodon anti jäi kuitenkin viitteelliseksi: säädöksen mukaan jokainen kansalainen oli turvattu hengen ja henkilökohtaisen vapauden puolesta, ja kansalaisen työvoima asetettiin valtiovallan erityiseen suojeluun.[21]

Teoreettista keskustelua sosiaalisten oikeuksien sisällöstä ja merkityksestä käytiin sosiaalipolitiikkatieteen piirissä. Alan perusteoksessa vuonna 1931 Eino Kuusi totesi maailmansodan osoittaneen konkreettisesti, että ”yksityisen ihmisen oikeus vaatia jotakin valtiolta loppuu hyvin lyhyeen silloin, kun valtion oma etu vaati muuta”. Siksi:

> on syytä olla kiinnittämättä liian paljon huomiota yksityisen kansalaisen oikeuteen saada jotakin määrättyä valtiolta, ja sen sijaan panna pääpaino siihen, mitä valtion etu ja muut yleiset edut asiassa vaativat.[22]

19 Merikoski, V., Kansalaisten perusoikeuksista. Lakimies 2/1932, 95–96.
20 Merikoski, V., Kansalaisten perusoikeuksista. Lakimies 2/1932, 96.
21 Vauhkonen 1978, 45–46; Soikkanen 1990, 9–14; Eriksson 1993, 183–184.
22 Kuusi 1931, 22.

Vaikka yksilön sosiaaliset oikeudet määrittyivätkin itsestään selvästi yhteiskunnan kokonaisedulle alisteisina, yhteiskunnalla oli Kuusen mukaan kokonaisetuunsa perustuvia sosiaalisia velvollisuuksia kansalaisiaan kohtaan:

> Mutta jos täytyykin luopua siitä käsityksestä, että sosiaalipolitiikan perusteena olisi jokin määrätty yksilön oikeus sekä sitä vastaava valtion tahi yleensä yhteiskunnan velvollisuus, siis jonkinlainen velvoite-oikeudellinen suhde yksilön ja yhteiskunnan välillä, on (…) myönnettävä, että (…) yhteiskunnan sosialinen velvollisuudentunto jo sinänsä aiheuttaa yhteiskunnan sosialipoliittista toimintaa. (…) yhteiskunta tuntee velvollisuudekseen toimia siten, että mikäli mahdollista kaikki kansankerrokset autetaan turvattuun toimeentuloon ja elämisenarvoiseen asemaan, vaikka se ei voikaan ilman muuta tunnustaa määrättyjä velvollisuuksia määrättyjä yksilöitä kohtaan.[23]

Sosiaalipoliittisten toimien peruste oli Kuusen mukaan yhteiskunnan itsesäilytysvaistoon pohjautuva valtiollinen tarkoituksenmukaisuus: valtio tarvitsi tyytyväisiä, terveitä ja voimakkaita kansalaisia. Osoittamalla, että valtio ”ei ole ainoastaan välttämätön, vaan se on myös hyvää vaikuttava laitos” kavennettiin samalla luokkien välisiä juopia, estettiin kumouksellisuutta ja luotiin kansakunnan eheyttä.[24] Sosiaaliministeriön osastopäällikkönä sosiaalipolitiikan näkyväksi hahmoksi kohonnut Einar Böök asetti Valtiotieteiden käsikirjassa (1923) eettiset periaatteet kuten yhteiskunnallisen oikeudentunnon sekä kohtuuden yhteiskunnallisen eheyden saavuttamisen välineiksi.[25]

Böökin mukaan sosiaalipolitiikan edellytyksenä oli ”kansanvaltainen käsitys kansalaisten valtiollisesta ja oikeudellisesta tasavertaisuudesta”.[26] Köyhäinapu nimettiinkin yleiseksi tukimuodoksi sopimattomaksi ”jo sen vuoksi, että se riistää avunsaajalta kansalais-

23 Kuusi 1931, 22–23. Alkuperäinen kursiivi poistettu (MH).
24 Kuusi 1931, 23–24, 720.
25 Böök 1923, 436.
26 Böök 1923, 437.

oikeuksia". Suhtautumisessa työkykynsä menettäneisiin normeiksi asetettiin "solidaarisuuden, kohtuullisuuden, jopa kiitollisuudenkin näkökohdat". Juuri sosiaalivakuutus nähtiin "kohtuullisuuden käskyn, oikeuden vaatimuksen toteuttamisena", sillä sen aatteelliseksi perustaksi määriteltiin "olemassaolon oikeuden tunnustaminen kaikille niille, jotka työllään ovat ottaneet osaa yhteiskuntaa ylläpitävään työhön".[27] Vakuutusmaksujen omavastuuosuuden todettiin kannustavan omaapuun, ja sosiaalivakuutuksella todettiinkin tuettavan tehokkaasti niitä, jotka "itsekin tahtovat huolehtia tulevaisuudestaan".[28] Kun sosiaalivakuutuksen oikeutus näin osaltaan kytkettiin siihen, kuinka yksilö täytti omat yhteiskunnalliset velvollisuutensa, ajattelussa voidaan nähdä yhtymäkohtia rotuhygienian tapaan jakaa yksilöt yhteiskuntaa rakentaviin ja sen taakkana oleviin. Markku Mattila onkin puhunut sosiaaliturvan laajentumisen ja rotuhygieenisen ajattelun liitosta: molempia yhdisti ajatus siitä, että yhteiskunnalla oli oikeus ja velvollisuus suunnata tukensa nimenomaan kunnollisille, kelvoille, vastuuntuntoisille kansalaisille.[29]

Samalla kun sosiaalipolitiikan ohjenuoraksi määrittyi yhteiskunnan kokonaisetu, sosiaalipolitiikka alkoi irtautua yksinomaan työväenkysymykseen keskittyvästä luonteestaan. Yhteiskuntataloudellisessa Aikakauskirjassa jo vuonna 1924 yhteiskunnallisen vastuun laajentuminen työväenluokasta koko kansaa koskevaksi todettiin "selviöksi":

> sosialipolitiikan esine on koko yhteiskunta ja sen tehtävä ennen kaikkea koko yhteiskunnan paras eikä jonkin luokan edistäminen toisten jäädessä oman onnensa nojaan.[30]

Sosiaalipolitiikan kohde laajeni teollisuustyöväestöstä muihinkin palkkatyötä tekeviin kuten toimihenkilöihin sekä esimerkiksi pienviljelijöihin ja pienyrittäjiin, ja viimeistään 1940-luvulle tultaessa

27 Kuusi 1931, 714–717.
28 Mannio Niilo A., Vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutus. Huoltaja 17/1936, 331.
29 Mattila 2003, 110–127.
30 M.J.P., Leopold von Wiese, Einführung in die Sozialpolitik. Yhteiskuntataloudellinen Aikakauskirja 1924, 94–95. Armas Niemisen (1984, 71) mukaan kirjoittaja on nuori suomalainen sosiaalipolitiikan tutkija Martti Pesonen.

vakiintui näkemys, jonka mukaan kohteena voivat olla ”mihin yhteiskuntaryhmiin hyvänsä kuuluvat ihmiset.”[31] Samanaikaisesti myös terveydenhuollon piirissä omaksuttiin uudenlainen sanasto ja uudenlaisia käytäntöjä, joiden myötä alan tehtäväkenttä ja kohdejoukko hahmotettiin uudesta näkökulmasta.

Kansanterveys ja väestökysymys – erityishuomio äiteihin, lapsiin ja koteihin

Kansanterveys nousi terveydenhuollon toimintaa jäsentäväksi avainkäsitteeksi. Esimerkiksi Terveydenhoitolehti julistautui 1920-luvun puolivälissä *yleisen kansanterveyden äänenkannattajaksi*, ja myös suomenkielisen lääkäriseura Duodecimin lehdessä termi alkoi esiintyä 1920-luvun jälkipuoliskolta lähtien.[32] Käsite vakiintui alan viralliseen sanastoon 1940-luvulla, kun lääkintöhallituksen pyynnöstä laadittiin *Suomen kansanterveystyön ohjelma* (1942) ja keskusvirastoon perustettiin erityinen kansanterveysosasto (1944).[33] Vastaava käsite (*Volksgesundheit, folkhälsa, folkesundhed)* sisältyi myös aikakauden saksankieliseen ja pohjoismaiseen terveyssanastoon, mutta englannin tai ranskan kielestä sille ei ole löydettävissä suoraa vastinetta. Terminologisen eroavaisuuden voidaankin katsoa kantavan erityisiä, kansalaisuuden ja kansallisvaltion rakentumiseen liittyviä sosiaalisia, poliittisia ja moraalisia merkityksiä.[34]

31 Nieminen 1955, 61–74, sitaatti s. 68.
32 Kansanterveys-sana esiintyi myös erikseen kirjoitettuna muodossa *kansan terveys*, ks. Terveydenhoitolehti. THL 10/1925, 145. Terveydenhoitolehti. THL 11/1925, myynti-ilmoitus, numeroimaton sivu; Terveydenhoitolehti v. 1927. THL 10–11/1926, numeroimaton sivu; Duodecim-lehden sähköinen hakemisto. Hakusanana kansantervey*.
33 Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. SLA 2/1942, 39–52; Pesonen 1980, 624–628; Tiitta 2009, 232–236. Suunnitelma erityisen kansanterveyden tutkimus- ja opetuslaitoksen perustamisesta julkistettiin vuonna 1941, mutta hanke jäi toteutumatta. KM 1941:12; Noro, Leo, Yhdysvaltojen liittovaltion kansanterveyslaitokset. Duodecim 7–8/1956, 628.
34 Johannisson 1991, 172–189; Johannisson 1994, 174, 181; Brecht & Nikolow 2000, 518–519; Vallgårda 2003, 21.

Kansanterveys-käsitettä luonnehdittiin Suomessa ”usein lausutuksi iskusanaksi”, jonka ala määrittyi eri yhteyksissä eri tavoin.[35] Kansanterveysohjelman pääarkkitehdiksi noussut, tuberkuloosityössä 1910-luvulta näkyvästi toiminut ja vuonna 1940 lääkintöhallituksen lääkintöneuvokseksi edennyt Severi Savonen käytti kansanterveys-sanaa termien *hygienia* ja *yleinen terveydenhoito* vaihtoehtona. Esimerkiksi hänen vuonna 1941 julkaisemansa *Maalaiskuntien yleisen terveydenhoidon ohjelman* yläotsikkona oli *Kansanterveystyötä tehostamaan.*[36]

Periaatteellinen ero kansanterveyden ja terveydenhoidon välille muotoiltiin lääkintöhallituksen organisaatiojaossa siten, että terveydenhoito-osaston ajateltiin reagoivan akuutteihin ja paikallisiin ongelmiin kuten kulkutauteihin, kun taas kansanterveysosasto miellettiin ajasta ja paikasta riippumattomaksi, aloitteelliseksi ja suunnittelevaksi, koko maan tulevia tarpeita pohtivaksi elimeksi.[37] Suvi Nieminen kollegoineen on korostanut, että nykykäsittein kansanterveydessä oli kyse perusterveydenhuollon palvelujen kehittämisestä siten, että painopiste asetettiin sairaalahoidon ulkopuolelle.[38] Sairaaloille oli lääkintöhallituksen organisaatiossa erillinen osastonsa, ja kansanterveystyö nähtiinkin periaatteessa sairaanhoidon ja erityisesti sairaalahoidon vastakohtana: ennaltaehkäisevänä toimintana, jonka avulla voitiin vähentää sairaaloiden tarvetta. Sairaaloilla oli silti oma paikkansa kansanterveystyön ohjelmassa, sillä erityisesti kulkutauti-, synnytys- ja lastensairaaloiden sekä tuberkuloosiparantoloiden tarve todettiin akuutiksi.[39]

Kirjaimellisesti ottaen kansanterveys-termi sisällytti kohteekseen koko kansan iästä, asuinpaikasta, luokasta, sosiaalisesta asemasta tai sukupuolesta riippumatta: puhuttiin kaikkiin kansankerroksiin kohdistuvasta työstä. Esimerkiksi sosiaalidemokraattien edustaja Olga

35 Wilska, Alvar, Kansanterveys tieteellisenä tutkimusobjektina. SLA 4/1944, 163.
36 Esim. Savonen, Severi, Euroopan hygieniakouluista ja kansanterveyden edistämislaitoksen perustamisesta Suomeen. Duodecim 5/1938, 396; Savonen 1941.
37 Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. SLA 2/1942, 47–48.
38 Nieminen, Henriksson & Wrede 2004, 15.
39 Savonen 1941, 9–10, 26–27, 31, 40–41; Savonen, Severi, Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä. SLA 2/1942, 60.

Leinonen korosti luokkakysymyksestä irrottautumista valtiopäivillä 1921 tuberkuloosiparantolamäärärahaa puoltaessaan:

> (…) tässä on kysymys koko kansan terveydestä (…) tämä on kansallinen kysymys eikä mikään työväenkysymys (…) En ole ehdottanut, että parantola pitäisi perustaa työväen lapsukaisia varten vaan että parantola perustettaisiin kaikkien kansankerrosten lapsukaisia varten.[40]

Kun aiemmin terveyskeskustelun pääkohteena oli nimenomaan rahvaan eli kansan alimpien kerrosten valistaminen, koko kansaan ulottuvan tulkinnan yleistymisen voidaan katsoa rinnastuvan sosiaalipolitiikan kohdejoukon samanaikaiseen laajenemiseen.

Kansanterveys-käsite kytkeytyi kiinteästi aikakauden väestöpoliittiseen keskusteluun, joten käytännössä syntyvyys ja lapsikuolleisuuden torjuminen, toisin sanoen äitien ja lasten terveys nostettiin kansanterveystyön keskiöön.[41] Lapsuuden merkitystä oli alettu korostaa yhteiskunnallisessa keskustelussa 1920-luvulta lähtien, ja lapsuus miellettiin ideologisista painolasteista vapaana, yhteistä tulevaisuutta rakentavana tekijänä.[42] Niin ikään tuberkuloosityössä huomio suunnattiin 1920-luvulta lähtien lapsuusiän ratkaisevaan merkitykseen tartunnalle altistumisessa ja taudin puhkeamisessa.[43] Lastenhuollon johtohahmoksi nousseen Arvo Ylpön ohjelmajulistuksessa vuodelta 1920 tiivistyivät kaikki aikakauden keskustelun pääelementit: kansan eheyttäminen, yksilön ja yhteiskunnan velvollisuuksien yhteenkietoutuminen sekä väestöpoliittinen missio:

> Nyt kun ulkopäin uhkaavat vaarat ovat rauhanteon kautta häipyneet, nyt kun Suomen itsenäisyys on jo katsottava olevan varmalla pohjalla, on ryhdyttävä tarmolla valtion sisäiseen rakennus- ja lujitustyöhön. On välttämätöntä, että juuri nousevan polven ter-

40 VP 1921, PK II, 996.
41 Savonen, Severi, Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä. SLA 2/1942, 52–60; Helén 1997, 37–39.
42 Esim. Tuomaala 2003, 87–109.
43 KM 1924:3, 6–7, 55–56, 58; Härö 1992, 72–74; Jauho 2007,132–141.

> veydestä erikoisella tavalla aletaan huolehtia; kaikkien kansalaisten velvollisuus on kiinnittää huomionsa (…) kodin ja yhteiskunnan onnea niin läheltä koskevin seikkoihin ja kunkin on oma kortensa lasten hyväksi ja suojaamiseksi kannettava. (…) Samalla luomme uuden ja terveemmän ihmispolven, joka kiitollisena ja tyytyväisempänä kuin nykyinen, valtion huolenpitoa yksilöistään, ja omia vanhempiaan muistelee.[44]

Väestöpoliittisen painotuksen kääntöpuolena oli se, että iäkkään kansanosan vaivoiksi nähdyt krooniset sairaudet – kuten syöpä sekä nivel- ja sydäntaudit – miellettiin vähemmän tärkeiksi, vaikkakin niiden kasvavaan osuuteen sairaus- ja kuolinsyytilastoissa alettiin 1930–1940-luvuilla kiinnittää huomiota.[45] Severi Savosen mukaan:

> Jokainenhan meistä kerran kuolee, niin että kuolleisuutta sinänsä emme voi vähentää ollenkaan. Kysymys onkin vain tuotantokykyisen ikäkauden pidentämisestä, toisin sanoen toimenpiteistä esim. pientenlasten kuolleisuutta, kulkutauteja, keuhkotautia jne. vastaan. Tällainen toiminta on väestöpoliittisesti tärkeätä, kun taas esim. toimenpiteillä vanhuudentaudin syövän torjumiseksi ei tässä mielessä ole yhtä suurta merkitystä.[46]

Väestöpolitiikan myötä kansanterveyden ytimeen nousivat koti ja perhe. Terveydenhoitolehteä markkinoitiin 1920-luvun puolivälissä ”*kotien hyvinvoinnin, yleisen kansanterveyden nimessä*” ja esimerkiksi vuonna 1920 perustetun Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton toiminnan kohteeksi mainittiin *kotikulttuurin* ja kansanterveyden

44 Ylppö, Arvo, Pikkulasten suuren kuolevaisuuden syyt. THL 11–12/1920, 173.

45 Syövän, miesten sydäntautien sekä reuman yleisyyteen kiinnitettiin huomiota 1930–1940-lukujen tutkimuksissa ja selvityksissä. Holsti, Ö. & Rantasalo, V., Niveltautien esiintymisestä Suomessa. Duodecim 9/1936, 697–711; KM 1939:9; Kaila, Martti, Työkyvyttömyyttä aiheuttavien tautien esiintymistiheys Suomessa. SAik 5/1941, 275–288; Kannisto, Väinö, Mikä lyhentää elinaikaamme? Kansantaloudellinen Aikakauskirja 1945, 377–383.

46 Savonen, Severi, Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä. SLA 2/1942, 53.

kohottaminen.[47] Sekä yksilön että koko kansan terveyden ehtona oli kotien terveellisyys:

> emme (…) osu oikeaan, jos huoltotoimenpiteet kohdistuvat vain määrättyyn ikäluokkaan tai ryhmään. Yksilö on aina nähtävä suuremman kokonaisuuden osana. Tämän kokonaisuuden muodostavat useimmassa tapauksessa koti ja perhe. Nostamalla kotia, perhettä, sille tasolle, että se terveydellisessä suhteessa muodostaa mahdollisimman hyvän ympäristön kullekin jäsenelleen, löydämme parhaan tavan edistää yksilöidenkin terveyttä.[48]

Väestöpoliittisen keskustelun perimmäiseksi tavoitteeksi määriteltiin 1930-luvun lopulla ja 1940-luvun alussa kokonaan uudenlainen suhtautuminen perheeseen ja lapsiin.[49] Aikakauden kotia, ydinperhettä ja äitiyttä korostavaa yhteiskunnallista ilmapiiriä onkin luonnehdittu kotikultiksi.[50]

Julkinen vastuu kansanterveydestä ja kunnallismieskasvatus

Kansanterveys-käsitteen myötä vastuu terveydenhuollosta alettiin nähdä korostuneesti valtiollisena velvollisuutena. Vielä 1920-luvun alkupuolella valtiojohtoisuuteen suhtauduttiin varauksellisesti sen hitauden, jäykkyyden ja virkavaltaisuuden takia, ja valtion johdon katsottiin sopivan lähinnä vain yhteiskunnan suojelua ja pakkotoimia edellyttäville aloille kuten mielisairaanhoitoon.[51] Sen sijaan 1940-luvun kansanterveystyön ohjelmassa painotettiin valtion haltuunottaman toiminnan luotettavuutta, määrätietoisuutta ja yhtenäisyyttä.[52]

47 Terveydenhoitolehti. THL 10/1925, 145; Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton tarkoitusperät. THL 12/1924, 217.
48 Sigrid Larsson, Keskitetty terveyssisartoiminta. Maalaiskunta 9/1938, 178.
49 Esim. VP 1937, PK II, 1354; Savonen, Severi, Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä. SLA 2/1942, 52; Sukselainen 1946b, 7–18; Kaprio 1946, 195–196.
50 Satka 1994, 301.
51 Esim. KM 1924:3, 58–59; KM 1923:2, 33–34; KM 1924:10, 131, 133, 142–143.
52 Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. SLA 2/1942, 40.

Sosiaalipolitiikan tavoin myös terveydenhuollossa korostui näin ollen valtion luonne yleisetujen ylimpänä valvojana.[53]

Kansanterveystyön todettiin Suomessa kehittyneen ennen muuta yksittäisten järjestöjen – mm. Suomen Punaisen Ristin (1876), Suomen Tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen (1907), Vähävaraisten Keuhkotautisten Avustamisyhdistyksen (1907), Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton (1920), Samfundet Folkhälsan i Svenska Finlandin (1921) ja talvisodan myötä Suomen Huollon (1940) – varassa.[54] Valtionavustusten ja suorien henkilökontaktien myötä järjestöjen rooli olikin vahva, ja esimerkiksi tuberkuloosiyhdistysten asemaa kuvattiin jopa valtionorganisaation kaltaiseksi.[55] Kansanterveyden väestöpoliittisen merkityksen takia valtion suoranaisempaa vastuunottoa pidettiin kuitenkin välttämättömänä. Koska kyse oli koko kansan olemassaolosta ja varsinkin sotatappioiden myötä "jokainen terve ja työkykyinen kansalainen on maallemme ja sen tulevaisuudelle mitä suurarvoisinta pääomaa", tarvittiin hyvin organisoitua, suunnitelmallista, koko maan kattavaa toimintaa. Severi Savonen korostikin, että kansanterveystyö piti muuttaa maallikoiden ajamasta "isänmaallisihanteellisesta harrastelusta" valtion keskitetysti johtamaksi ja valvomaksi toiminnaksi.[56]

Savosen luonnehdinta kansanterveystyön *isänmaallisihanteellisuudesta* voidaan katsoa viittaukseksi erityisesti lastensuojelutyön sisäisiin poliittisiin jännitteisiin. Kun C.G.E. Mannerheimin persoona kytki Mannerheimin lastensuojeluliiton valkoiseen Suomeen, sen monopoliaseman vastapainoksi presidentinrouva Ester Ståhlberg perusti vuonna 1922 Koteja Kodittomille Lapsille -yhdistyksen, joka sittemmin tunnettiin nimellä Pelastakaa Lapset. Pekka Haatasen mukaan vasemmistolaiset tukivat Ståhlbergia, joskin suhtautuivat sinällään varauksellisesti koko yksityiseen lastensuojelutyöhön.[57] Eduskunnassa

53 Kuusi 1931, 86–87.
54 KM 1939:9, 22–25; Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. SLA 2/1942, 39–40; Savonen 1941, 11.
55 KM 1924:3, 59.
56 Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. SLA 2/1942, 40, 47, 51; Savonen, Severi, Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä. SLA 2/1942, 60.
57 Haatanen 1992, 135; Korppi-Tommola 2000. IKL:n edustaja Cederbergin mukaan MLL:n terveyssisartyö oli alussa kohdannut suurta vastustusta, mutta saavuttanut sittemmin "kaikkien kansankerrosten täydellisen arvonannon ja luottamuksen". VP 1944, PK I, 116.

vuonna 1924 työväen- ja pienviljelijäin vaaliliiton edustaja Jalmari Virta hyökkäsi ankarasti koko hyväntekeväisyyspohjaista ”puuhastelua” vastaan:

> Osa joutohetkillään jotain sisällystä haluavaa porvaristoa hääräilee jossain mannerheimiläisissä lastensuojeluhoitotoimissa. Lastensuojelutyö on täten tahdottu saada leimatuksi jonkinlaiseksi armeliaisuustoiminnaksi ja monopolisoiduksi vain määrätyille tekijöille. Tällöin on lähdetty tielle, joka ei luonteensa puolesta takaa läheskään niitä menestymismahdollisuuksia, mitä yhteiskunnan itsensä järjestämällä lastensuojelulla saattaisi olla. Tässä mannerheimiläisessä suojelussa lienee myös olennaisin syy, miksei tätä koskevaa lainsäädäntöä ole joudutettu. (…) Lapset ovat kansan arvokkainta omaisuutta, ja yhteiskunnan ensimmäinen velvollisuus on estää hukkaan ja harhaan joutumasta ne ainekset, jotka kerran muodostavat kansan ja sen merkityksellisimmän osan.[58]

Valtiollisuus nähtiin keinona poliittisten vastakohtaisuuksien ylittämisessä. Eino Kuusi näki etuna sen, että lakiin nojautuminen esti vapaaehtoisten yhteenliittymien kääntymisen ”sorroksi toisin ajattelevia kohtaan”. Valtiojohtoisuus miellettiin myös luonnollisena kehitysvaiheena: kun yksityisten järjestöjen ajamien aatteiden ja toimintojen tarpeellisuus oli tullut koko kansalle ilmeiseksi, valtion järjestötoiminnalle antaman tuen oli aika muuttua koko toiminnan haltuunottamiseksi.[59]

Lääkintöhallitus otti 1940-luvulla tehtäväkseen järjestötyön koordinoinnin, kun Savosen vuonna 1938 tekemä ehdotus erityisen valtiollisen kansanterveyden edistämislaitoksen perustamisesta mm. alan tutkimuksen ja terveysvalistuksen keskukseksi jäi komitea-asteelle.[60]

58 VP 1924, PK I, 135; VP 1924, Liitteet VI, 7, Anom. ehd no 21.

59 Kuusi 1931, 80–81, 88; Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. SLA 2/1942, 40.

60 Lääkintöhallitukseen perustettiin 1941 kansanterveydellinen neuvottelukunta, johon kutsuttiin keskeisten järjestöjen edustajat. Kansanterveysosaston (1944) tehtäväkenttään kuului yhteistyö alalla toimivien järjestöjen kanssa. Tiitta 2009, 216–217, 225–226, 233. Savonen, Severi, Euroopan hygieniakouluista ja kansanterveyden edistämislaitoksen perustamisesta Suomeen. Duodecim 5/1938, 387–398. KM 1939:9, 82–83; KM 1941:12.

Jo 1920-luvun alusta lähtien tehtiin myös ehdotuksia joko erillisen terveydenhoitoministeriön perustamisesta tai terveydenhoitoasioiden siirtämisestä sosiaaliministeriöön. Lähinnä sisäisen järjestyksen ylläpitoon keskittynyt sisäasiainministeriö miellettiin kansanterveyden edistämisen näkökulmasta toimimattomaksi organisaatioksi, kun taas yhteydet sosiaaliministeriöön todettiin jatkuvasti kasvaviksi. Valtiollisten komiteoiden sekä sosiaaliministeriön ja lääkintöhallituksen edustajien puoltavista lausunnoista huolimatta uudistuksia ei hallinto-organisaatiossa kuitenkaan 1940–1950-luvuilla saatu aikaan.[61]

Käytännössä päävastuu kansanterveystyöstä asetettiin kunnille, ja kansanterveysajattelun pyrkimyksenä olikin luoda ajatus kunnasta jäsentensä hyvinvoinnista huolehtivana, koko valtion yhteisetua palvelevana yksikkönä. Panu Pulma on tiivistänyt aikakauden oikeusoppineiden näkemyksen seuraavasti: kunnan valta oli peräisin valtiosta ja sen tehtävänä oli itsehallintonsa kautta levittää ”valtiohyvää” kaikille kansalaisille. Se, että kunta tulkittiin valtion paikalliseksi toimeenpanoelimeksi,[62] merkitsi samalla asenteellista muutosta: paikallisyhteisön sijaan kunta alettiin hahmottaa julkisena valtana.

Kansanterveysohjelmassa korostettiin, että kaupunkikunnat olivat yleensä oma-aloitteisesti hoitaneet terveydenhoitoasiansa. Ongelmaksi määrittyi nimenomaan maalaiskuntien jälkeenjääneisyys, pysähtyneisyys sekä välinpitämätön ja vastahakoinen suhtautuminen. Kun peräti 80 prosenttia väestöstä asui maaseudulla, maalaiskuntien terveydenhoito-olojen järjestäminen miellettiin päivänpolttavaksi kysymykseksi.[63] Maaseutukeskeisyydessä oli osaltaan kyse Kansainliiton kautta 1930-luvun aikana levinneestä kansainvälisestä terveydenhuollon trendistä,[64] samoin kuin siitä, että oletukset maaseutuolojen terveellisyydestä olivat Suomessa osoittautuneet virheellisiksi. Esimerkiksi

61 Ylppö 1921, 360; Kuusi 1931, 915; VP 1947, AV:2, Perustuslakivaliok. miet. no 127, Edk:n toivomus; Suonoja 1992, 402, 484–488; Tiitta 2009, 237, 270, 273–277, 294–298.
62 Savonen 1941; Kuusi 1931, 86–87; Pulma 1996, 16.
63 KM 1939:9; Savonen 1941; Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. SLA 2/1942, 41.
64 Savonen, Severi, Kansainliiton toiminnasta terveydenhoidon alalla. Duodecim 4/1938, 313–317; Murard 2008, 141–174.

imeväiskuolleisuudessa käänne kaupunkien eduksi tapahtui 1920-luvulle tultaessa.[65]

Muutoksen jarruina näyttäytyivät maalaiskuntien kunnanisät, jotka mielsivät valtion velvoitukset itsehallinnon rajoittamisena sekä kuntien holhouksena ja kokivat terveys- ja sosiaalialan hallinnon kulujen jatkuvan kasvun kohtuuttomana taloudellisena rasituksena.[66] Suvi Nieminen, Lea Henriksson ja Sirpa Wrede ovatkin käyttäneet käsitettä *kunnallismieskasvatus* kuvatessaan prosessia, jolla maantieteellisessä ja sosiaalisessa periferiassa asuvat maallikkotoimijat pyrittiin saamaan kansanterveystyön paikallisiksi toteuttajiksi. Kunnanisien käännyttäjien *kansanterveysrintama* puolestaan koostui toisiinsa verkostoituneista, ylä- ja keskiluokkaisista järjestöaktivisteista sekä terveysalan virkamiehistä ja ammattilaisista.[67]

Jo 1920-luvun lopulla, kulkutautien ja ympäristöterveydellisten haittojen torjumiseen tähdänneen terveydenhoitolain (1927) säätämisen yhteydessä korostettiin, että säädöksen merkitys riippui kansan valistuneisuuden ohella ennen muuta siitä, ”kuinka voimakas harrastus ja elävä henki” oli paikallisviranomaisissa.[68] Kansanterveystyön ohjelmassa 1940-luvun alussa jouduttiin toteamaan, että koko laki oli jäänyt kuolleeksi kirjaimeksi osittain juuri siitä syystä, ettei valistus- ja herätystyö ollut ehtinyt riittävän syvälle. Vain 40 prosenttia maalaiskunnista oli vuonna 1937 asettanut erityisen terveydenhoitolautakunnan. Tuolloin esitettiinkin vaatimus vakinaisen ja sopivista henkilöistä koostuvan terveydenhoitolautakunnan saamisesta jokaiseen kuntaan. Puoluekannan ja sukupuolen sijaan lautakunnan valintakriteereiksi nostettiin kiinnostus ja tahto toimia kansanterveystyön hyväksi.[69] Nimenomaan maaseudun naisyhdistysten – Marttojen, maatalousnaisten ja lastensuojelujärjestöjen – edustajat todettiin toimeen sopiviksi.[70]

65 KM 1939:9; Harjula 2003, 145–147; Harjula 2007, 58.
66 Esim. VP 1938, PK II, 2043–2045. Kunnille koituneista kuluista esim. KM 1938:2.
67 Nieminen, Henriksson & Wrede 2004.
68 Ryömä, Hannes, Suomen terveydenhoitolainsäädäntö. SAik 10/1928, 553–557.
69 KM 1939:9, 55–58; Savonen 1941, 13–17, 51.
70 A.A. Lyytinen, Ketä lautakuntain jäseniksi? Maalaiskunta 15/1939, 324–325.

Maalaiskunta-lehteen pohjaavan analyysin nojalla Nieminen, Henriksson ja Wrede ovat havainneet, että kansanterveystyö tarjoiltiin kunnanmiehille sekä velvollisuutena että kunniatehtävänä. Olennaista oli, että kunnalliseen itsehallintoperinteeseen nojautuvat kunnanisät saatiin tunnustamaan lääkintöhallituksen asiantuntijavalta.[71] Myös eduskuntakeskusteluissa korostettiin, että maallikoista koostuvien kunnanvaltuustojen oli luotettava keskusvirastoon ja yhtä lailla pidettävä lääkintöhallituksen luottamuksen säilyttämistä kunnia-asianaan.[72] Nuukuutta arvostavia isäntämiehiä suostuteltiin asennemuutokseen korostamalla kansanterveystyön taloudellisuutta: se ei vaatinut suuria menoja vaan, päinvastoin, oli ”parasta rahojen sijoitusta ja viisainta kunnallispolitiikkaa”.[73] Köyhäin- ja sairaanhoitomenojen sekä ennaltaehkäisevän työn keskinäinen riippuvuus pyrittiin teroittamaan kunnallismiesten mieliin konkreettisin esimerkein:

> Kun perheenhuoltaja sairastuu, joutuu hän itse monasti rasittamaan kunnan sairaanhoitobudjettia ja perhe on pakoitettu saamaan kunnalta köyhäinhoidollista elatusavustusta. Tai kun lapset kasvuaikanaan elävät puutteellisissa oloissa, kehittyvät he ruumiillisesti alakuntoisiksi, tautialttiiksi ja joutuvat usein helpommin julkisen sekä köyhäin- että sairaanhoidon varaan kuin mitä joutuu sellainen henkilö, jonka kasvu- ja kehitysaika on tapahtunut terveydenhoidollisia vaatimuksia vastaavasti.[74]

Kunnallismieskasvatusta toteutettiin 1930-luvun lopulta lähtien paitsi terveyden saralla myös sosiaalihallinnossa, jossa uuden, ennaltaehkäisyyn pyrkivän huoltotoiminnan todettiin edellyttävän viranomaisilta aikaisempaa aktiivisempaa työotetta. Vuonna 1949 huolto-ohjelmakomitea korosti edelleen, että tarvittiin valistustoi-

71 Nieminen, Henriksson & Wrede 2004.
72 VP 1938, PK II, 1764.
73 Savonen 1941, 54; Savonen, Severi, Kansanterveystyö väestöpoliittisena tekijänä. SLA 2/1942, 60.
74 Carpén, Johannes, Ehkäisevä terveydenhuolto ja terveydenhuoltotyön keskitys maalaiskunnissa. Maalaiskunta 19/1936, 318.

mintaa ”oikean huoltopoliittisen ajattelutavan luomiseksi kunnallisten huoltoviranomaisten ja kuntien varojen käytöstä päättävien elinten keskuudessa.”[75] Kasvatuksen rinnalla kuntapäättäjiä taivuteltiin uuteen ajatteluun myös lisääntyvien lainsäädännöllisten velvoitteiden avulla.

75 KM 1949:7, 47.

2. ALUEELLINEN TASA-ARVO TERVEYSPALVELURAKENTAMISEN LÄHTÖKOHTANA

Väkilukuun suhteutettu palvelutarjonta ja palveluilla kasvattaminen

Kun vuosisadan alussa terveyskansalaistamisen strategiana oli kansalaisten omaehtoisen organisoitumisen kautta toteutettu kansan kasvattaminen, 1920-luvulta lähtien painopiste asetettiin julkisten terveyspalveluiden välityksellä tapahtuvaan työhön. Tuberkuloosialalla havaittiin 1920-luvun puolivälissä, että julkaisujen ja esitelmien sijaan merkityksellisintä oli huoltotoimistojen asiakastapaamisten ja joukkotarkastusten aikaansaama valistus ja herätys.[76] Niin ikään terveyssisarten välttämättömyyttä perusteltiin työn valistuksellisella merkityksellä: tavoitteena oli ”päästä kosketuksiin mahdollisimman monen yksilön ja kodin kanssa ja näihin soluttaa uusia terveydenhoidollisia käsityksiä”.[77] Terveysalan ammattilaisen ja apua tarvitsevan perheen kohtaaminen nähtiin parhaana keinona terveysaatteen ja tiedon juurruttamiseen. Luottamuksen syntymisen avaimena nähtiin se välitön apu, jonka terveysalan ammattilainen saattoi hoitoa tarvitsevalle antaa:

76 KM 1924:3, 48.
77 Larsson, Sigrid, Keskitetty terveyssisartoiminta. Maalaiskunta 9/1938, 177.

> (…) neuvonantajaa, joka sitäpaitsi tarpeen tullen antaa kouriintuntuvaa apua sairaanhoidon muodossa kuunnellaan ehkä mielelläänkin (…).[78]

> Menestyksellisen terveydenhuollon edellytyksenä on luottamuksellisen suhteen kehittyminen (…) Tämä suhde syntyy parhaiten tautivuoteen ääressä. Täällä (…) hoitajasta tulee ”kodin tervetullut ja haluttu ystävä ja auttaja”, kuten terveyssisaren ohjesäännössä sanotaan.[79]

Kiuruveden ensimmäinen, vuonna 1929 työnsä aloittanut terveyssisar kuvaili muistelmissaan, kuinka pelkkään ennaltaehkäisevään työhön rajattua toimenkuvaa jouduttiin laajentamaan:

> Se ajatus oli kyllä kuolleena syntynyt, ei sairaskäyntiä voinut sivuuttaa. Se olikin aluksi väärin, ei ihmiset ymmärtäneet eikä antaneet sille arvoa, kun kotiin mentiin kutsumattomana silloin kun he eivät tunteneet tarvetta. Paljon enemmän terveydenhoidollisilla ohjeillakin saatiin aikaan, kun annettiin apua silloin kun sitä todella tarvittiin.[80]

Nimenomaan helposti saavutettavien alueellisten palveluiden katsottiin mahdollistavan luottamuksellisen ja läheisen vuorovaikutuksen synnyn.[81] Lähipalveluiden myötä perheiden uskottiin omaksuvan ammattilaisiin turvautumisen välttämättömyyden ja oppivan pitämään terveyspalveluiden käyttöä itsestään selvänä osana arkielämäänsä: kyse oli sekä palveluidenkäyttöön kasvattamisesta että palveluiden välityksellä tapahtuvasta terveellisen elämäntavan periaatteiden omaksumisesta.

---

78 Larsson, Sigrid, Keskitetty terveyssisartoiminta. Maalaiskunta 9/1938, 178.
79 Carpén, Johannes, Ehkäisevä terveydenhuolto ja terveydenhuoltotyön keskitys maalaiskunnissa. Maalaiskunta 19/1936, 319. Myös: Kauranen 2005, 37.
80 Tahvanainen & Nirkko 2000, 100.
81 KM 1939:9, 50; VP 1943, AIII:1, Hall. es. no 123, 3.

Terveyspalveluiden tarjonnassa tapahtui 1920-luvulta lähtien merkittävä käänne, kun kuntien vapaaehtoisuuteen pohjaavasta palveluiden rakentamisesta luovuttiin ja palvelutarjonnan alueellinen saatavuus pyrittiin varmistamaan koordinoidusti lainsäädännön avulla. Ajatuksena oli, että kuntien oli tarjottava asukkailleen yhtäläisiä palveluksia.[82] Taulukoihin 17 ja 18 koottu yhteenveto osoittaa, että ajanjaksolla 1920–1956 säädettiin mittava joukko lakeja, jotka velvoittivat kuntia terveyspalveluiden järjestämiseen. Lainsäädäntötyön tuloksena kussakin kunnassa tuli olla tietyn määräajan kuluessa tarjolla väkilukuun suhteutettu määrä sekä perusterveydenhuollon että erikoisalojen palveluita.

82 Soikkanen 1966, 536.

Taulukko 17. Kunnallista terveyspalvelutarjontaa normittava lainsäädäntö avohoidossa 1920–1956[83]

vuosi	normi	määrä/as.luku	määräaika
Äidit ja lapset			
1920	kätilö maalaiskuntaan	1/5000	5 v.
1924	kätilö maalaiskuntaan	1/5000 + 1/7000	5 v.
1937	kätilö	1/5000 + 1/7000	5 v.
1944	kätilö	1/5000	5 v.
1944	terveyssisar	1/4000	5 v.
1944	äitiys- ja lastenneuvola	laajoissa kunnissa useampi neuvola	5 v.
1952	kansakoululääkäri		
1956	kansakouluhammaslääkäri		10 v.
Yleiset lääkäripalvelut			
1939	kunnan/kaupunginlääkäri ja lääninlääkäri		1943 + 5 v.
1951	kunnan/kaupunginlääkäri ja lääninlääkäri	maalaiskuntaan 2/ yli 8000 valtioneuvoston määräyksestä	
Erityisalat			
1939 1952	sukupuolitautityöhön lääkäri; kaupungit voidaan velvoittaa perustamaan poliklinikoita		
1948	tuberkuloosipiiriin huoltotoimisto		
1952	mielisairaalapiiriin huoltotoimisto		

83 Määräaika on merkitty näkyviin, mikäli se määriteltiin lain voimaantuloa kauemmaksi. *Kätilöt ja terveyssisaret:* Vuoden 1920 lain sanamuodon takia tulkittiin, että vasta yli 15 000 asukkaan kunnissa piti olla kolme kätilöä. Vuonna 1924 lakiuudistuksen myötä alle 5000 as. kunnissa piti olla kätilö ja suuremmissa lisäksi yksi kätilö jokaista alkavaa 7000 asukasta kohden. Kätilömäärän laskettiin lisääntyvän 20–30 viranhaltijalla. VP 1924, PK I, 879–882. Laajoissa kunnissa voitiin edellyttää useamman kätilön (1937, 1944) ja terveyssisaren (1944) palkkaamista; kaupungeissa sisäministeriö määräsi kätilö- ja terveyssisarluvun. Vapautus kätilön (1920–1944) ja terveyssisaren (1944) palkkaamisesta voitiin myöntää kerrallaan enintään 5 vuodeksi. Vapautus koski 1920 ja 1924 useamman kuin yhden kätilön palkkaamista. Laki kätilöiden asettamista maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta 6.2.1920 no 18; Laki kätilöiden asettamisesta maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta annetun lain muuttamisesta 31.12.1924 no 346; Laki kunnallisesta kätilöntoimesta 18.6.1937 no 285; Laki kunnankätilöistä 31.3.1944 no 223; Laki kunnallisista terveyssisarista 31.3.1944 no 220. *Neuvolat:* erityissyistä määräaikaa voitiin jatkaa. Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista 31.3.1944 no 224. Laki kansakoulujen lääkärintoimesta 31.10.1952 no 362; Laki kansakoulujen hammas-

Taulukko 18. Kunnallista terveyspalvelutarjontaa normittava lainsäädäntö sairaalahoidossa 1920–1956[84]

<table>
<tr><th>vuosi</th><th>normi</th><th>määrä/as.luku</th><th>määräaika</th></tr>
<tr><td colspan="4">Erityissairaalat</td></tr>
<tr><td>1922</td><td>kunnalliskotiin mielisairasosasto ellei mielisairaalasijoja</td><td></td><td>10 v., jatkettiin</td></tr>
<tr><td>1927</td><td>kgit: kulkutautisairaala, mlk: hoitovalmius</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>1948</td><td>tuberkuloosipaikkoja keskusparantolaan</td><td>valtioneuvosto määrää</td><td>12 v.</td></tr>
<tr><td>1948</td><td>kulkutautipaikkoja keskus- tai kulkutautipiirisairaalaan</td><td>mlk: 1/2000
kgit: 1/1200</td><td></td></tr>
<tr><td>1952</td><td>mielisairaansijoja keskusmielisairaalaan</td><td>valtioneuvosto määrää</td><td>12 v.</td></tr>
<tr><td>1956</td><td>keskussairaalan tartuntatautiosastoon hoitopaikkoja</td><td>1/5000</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">Yleissairaalat</td></tr>
<tr><td>1943
1948</td><td>yleiset sairaansijat</td><td rowspan="2">mlk: 1/750
kgit: 1/375
keskussairaalassa 1/4000</td><td rowspan="2">1950–64, jatkettiin</td></tr>
<tr><td>1956</td><td>keskussairaalapiiriin keskussairaala sekä alue- ja paikallissairaaloita</td></tr>
<tr><td>1956</td><td>kunnalliskotiin sairasosasto</td><td></td><td></td></tr>
</table>

lääkärintoimesta 17.5.1956 no 297; Laki yleisestä lääkärinhoidosta 9.6.1939 no 197; Laki yleisestä lääkärinhoidosta 9.3.1951 no 141; Sukupuolitautilaki 9.6.1939 no 198; Sukupuolitautilaki 25.1.1952 no 52; Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649; Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187. Vuonna 1951 24 kaupunkia tai kauppalaa oli velvoitettu ylläpitämään sukupuolitautipoliklinikkaa. VP 1951, A III:1, Hall. es. no 28, 2.

84 Mlk= maalaiskunta, Kgit = kaupungit ja kauppalat. Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145, § 29, § 77; Terveydenhoitolaki 1.7.1927 no 192, § 16–17; Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649; Keskussairaalalaki 17.4.1948 no 312, § 4; Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187; Sairaalalaki 20.1.1956 no 49, 3 §; Keskussairaalalaki 7.5.1943 no 413; Keskussairaalalaki 17.4.1948 no 312. Yhteensä 18 keskussairaalan rakentamisjärjestys määriteltiin vuosille 1950–64, mutta määräaikaa jatkettiin edelleen. Laki keskussairaaloiden rakentamisesta 27.6.1950 no 337; Pesonen 1980, 604–607. Sosiaaliministeriö saattoi edelleen vapauttaa kunnan määräajaksi kunnalliskodin perustamisesta. Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 18–19.

Vuonna 1920 hyväksytty kätilölaki oli säädöksistä ensimmäinen ja sen mallia käytettiin sittemmin suoraan myös terveyssisarten ammattikunnan vakinaistamisessa. Lakia on pidetty merkittävänä sikälikin, että se loi terveyspalvelulle pysyvän valtionapukäytännön ja vakiinnutti valtion ja kuntien välisen rahoitusvastuun.[85] Kätilölain merkityksen sivuuttava Yrjö Mattila on tosin katsonut vasta vuonna 1939 säädetyn ja 1943 voimaan astuneen kunnanlääkärien palkkaamiseen velvoittaneen lain merkinneen paradigmaattista muutosta aiempaan, kuntien vapaaehtoisuuteen perustuvaan järjestelmään.[86] Taulukosta 18 on kuitenkin nähtävissä, että myös sairaalalaitoksen osalta kuntia velvoittavaa lainsäädäntöä toteutettiin jo 1920-luvulla. Tarkastelen seuraavassa tarkemmin palvelutarjonnan rakentumista eri hoitoaloilla.

Ennaltaehkäisevä kansanterveystyö – kuntiin kätilöt, terveyssisaret ja kunnanlääkärit

Kansanterveysajattelun väestöpoliittinen kytkös näkyi lainsäädäntötyön painottumisessa äitien ja lasten terveyspalveluihin. Vuonna 1920 hyväksytty kätilölaki pohjautui vuoden 1907 valtiopäivillä käydyn keskustelun pohjalta asetetun komitean työhön, ja hallituksen lakiesityksessä todettiinkin, että kuntien velvoittamista oli jo tuolloin pidetty periaatteellisesti oikeutettuna.[87] Komitean lähtökohtana vuonna 1912 oli, että "lapsensynnyttäjille kaikkialla maassamme, yhteiskunnalliseen asemaan ja varallisuuteen katsomatta, tarjoutuisi tilaisuus saada pikaista synnytysapua".[88] Pakkomääräyksiä yhden kätilön saamiseksi jokaiseen kuntaan ei tuolloin edes katsottu tarvittavan, mutta komitean mukaan tyydyttävälle tasolle pääsemiseksi kätilötarjonta tuli suhteut-

85 Vauhkonen 1978, 46–47; Wrede 2000, 192.
86 Mattila 2006, 27–28; Mattila 2011, 79, 86–87. Mattilan (2011, 139–140) esittämää tulkintaa vuoden 1965 kansanterveyskomitean ehdottamien henkilökuntanormien mullistavuudesta ja niiden uudenlaisesta puuttumisesta kunnalliseen itsehallinto-oikeuteen ei 1920-luvulla alkaneen lainsäädäntökehityksen kokonaisuuden valossa voida pitää paikkansapitävänä.
87 KM 1912:5, 1–2; VP 1919, A II, Hall. es. no 30.
88 KM 1912:5, 14.

taa väkilukuun.[89] Komitean ehdotus maalaiskuntien velvoittamisesta kätilön palkkaamiseen jokaista 5 000 asukasta kohden kirjattiinkin sellaisenaan lakiin vuonna 1920.[90] Muutoksen todettiin merkitsevän kätilöavun muuttumista ”herrasnaisten yksityisoikeudesta” kaikkien mahdollisuudeksi.[91]

Vaikka eduskuntakeskustelun yksittäisissä puheenvuoroissa kannettiin huolta kunnallisen itsehallinnon loukkaamisesta ja lain milteipä kaikista yksityiskohdista käytiin äänestyksiin johtaneita keskusteluita, lain tarpeellisuudesta sinällään vallitsi periaatteellinen yksimielisyys.[92] Lain hyväksyntää helpotti mitä ilmeisimmin se seikka, ettei laki estänyt yksityisten tai yhdistyksen pestaamien kätilöiden toimintaa vaan heidät voitiin laskea kunnan kätilöiden lukumäärään kuuluviksi.[93] Esimerkiksi Mäntässä kunnan kätilön tehtävät otti hoitaakseen Serlachius-tehtaan synnytyslaitoksen kätilö, jolle kunta puolestaan tarjosi asunnon sekä maksoi osan palkasta.[94]

Kätilömäärää koskevia määräyksiä tarkennettiin vuonna 1924, ja kätilön avulla synnyttäneiden osuus nousi vuosikymmenen aikana 45 prosentista jo liki 70 prosenttiin (taulukko 9, s. 83). Vuonna 1937 normitus ulotettiin myös kaupunkeihin, koska kaikissa kaupungeissa ei ollut synnytyslaitoksia. Samalla kätilön tehtävät laajennettiin äitiysneuvontaan, ja päätavoitteeksi asetettiin neuvontatyön sekä pienten lasten hoidon opetuksen yhdenmukaisuus ja tehokkuus.[95]

89 KM 1912:5, 24–25.
90 KM 1912:5, 34, 75. Asiasta tehtiin eduskuntaesitys jo vuonna 1914. VP 1914, Liitteet XI, 1. Edusk. esit. no 26, 839–863; VP 1919, A II, Hall. es. no 30; Laki kätilöiden asettamista maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta 6.2.1920 no 18.
91 VP 1919, PK II, 1433.
92 VP 1919, PK II, 1524–1533, 1610–1611, 1634.
93 Laki kätilöiden asettamisesta maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta 6.2.1920 no 18, § 3. Sama säännös säilyi myös myöhemmissä säädöksissä: Laki kunnallisesta kätilöntoimesta 18.6.1937 no 285, § 3; Laki kunnan kätilöistä 31.3.1944, § 3.
94 Pynnönen 2013, 45–48.
95 Laki kätilöiden asettamisesta maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta annetun lain muuttamisesta 31.12.1924 no 346; VP 1937, A I, Hall es no 16; Laki kunnallisesta kätilöntoimesta 18.6.1937 no 285.



Kuva 7. Sairaanhoitaja-kätilö-terveyssisar Elsa Engman Petsamossa vuonna 1930 kaksi vastasyntynyttä keskosta sylissään. Pohjois-Suomessa 56 prosenttia synnytyksistä hoidettiin tuolloin koulutetun kätilön avulla (Helsingin yliopistomuseo).

Kätilölain eduskuntakäsittelyn yhteydessä vuonna 1937 lääkintöhallituksen pääjohtaja Hannes Ryömä vaati samalla kunnanlääkärilaitoksen vakiinnuttamista ja korosti kansan terveydenhoidon kokonaisuuden edellyttävän myös terveyssisarten aseman järjestämistä.[96] Se, että koko avohuoltoa tarkasteltiin yhtenä, kuntia velvoittavana palvelukokonaisuutena, merkitsikin täysin uudenlaista avausta. Kun vuosina 1939–1944 tämän näkemyksen pohjalta säädettiin kunnanlääkärien ja terveyssisarien palkkaamista sekä äitiys- ja lastenneuvoloiden rakentamista koskevat lait ja kätilölakiakin samalla tehostettiin, kysymyksessä oli mittava uudistus, joka loi maahan kaikki kunnat kattavan kansanterveystyön organisaation.[97]

Kysymys lääkäriolojen järjestämisestä oli ollut vireillä jo vuosisadan vaihteesta lähtien, mutta hankalaksi koetun asian ratkaisu viivästyi toistuvasti. Vuonna 1925 säädetty laki lääkärintoimen harjoittamisesta

96 VP 1937, PK I, 260; VP 1943, A III:1, Hall. es. no 123, 1.
97 Laki yleisestä lääkärinhoidosta 9.6.1939 no 197; Laki kunnankätilöistä 31.3.1944 no 223; Laki kunnallisista terveyssisarista 31.3.1944 no 220; Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista 31.3.1944 no 224.

nimesi lääkärietiikkaan kuuluvaksi velvollisuudeksi hätäavun antamisen potilaan maksukyvystä riippumatta,[98] mutta säännöllä ei juuri ollut käytännön merkitystä lääkäripulaisella syrjäseudulla. 1930-luvulle tultaessa alalle oli olemassa kaksi vaihtoehtoista suunnitelmaa, sillä valtiollisen piirilääkärijärjestelmän mahdollinen lakkauttaminen sekä kunnanlääkärilaitoksen kehittäminen joko kuntien vapaaehtoisuuden tai lakisääteiseksi velvollisuudeksi asettamisen pohjalta jakoivat mielipiteitä. Kun 1930-luvun lopulla lääkärien saatavuudessa oli edelleen suuria aukkoja (taulukko 19), eduskunta hyväksyi lain, jonka mukaan piirilääkärit korvattiin lääninlääkäreillä ja kunnan- sekä kaupunginlääkärien palkkaaminen määrättiin kunnan velvollisuudeksi.[99] Merkittävää oli, että vuonna 1939 säädetyn lain myötä kunnanlääkärin virat muuttuivat vakinaisiksi: aiemmin kunnalla oli täysi vapaus halutessaan lakkauttaa jo perustamansa virka. Esimerkiksi Nurmeksen kunta lakkautti kymmenen vuotta toimineen kunnanlääkärin viran pula-aikana 1930-luvun alussa.[100]

Taulukko 19. Maalaiskunnat ja kauppalat ilman kunnanlääkäriä tai kokonaan ilman lääkärin vastaanottoa vuonna 1937, % kunnista lääneittäin[101]

Lääni	ei omaa tai naapurikunnan kanssa yhteistä kunnanlääkäriä (%)	kokonaan ilman lääkärin vastaanottoa (%)
Uudenmaan	40	14
Turun ja Porin	65	35
Hämeen	44	25
Viipurin	40	16
Mikkelin	23	20
Kuopion	22	4
Vaasan	40	14
Oulun	74	34
Lapin	83	13
Koko maa	50	21
kuntia yhteensä ilman lääkäriä	280	118

98 VP 1924, A I, Hall. es. no 1; Laki lääkärintoimen harjoittamisesta 23.1.1925 no 20, § 13.
99 Kattavat yhteenvedot lainvalmistelusta ja keskustelusta ks. Pesonen 1980, 410–417; Vuolio 1992, 92–101; Nyström 2010a, 163–165. VP 1938, A I, Hall. es. no 34; Laki yleisestä lääkärinhoidosta 9.6.1939 no 197.
100 Korkeimman hallinto-oikeuden päätöksiä. Maalaiskunta 17/1933, 283.
101 KM 1939:9, 46.

Sodan takia vasta vuonna 1943 voimaan tullut laki painotti lääkärintyön ennaltaehkäisevää merkitystä. Valtiolliset lääninlääkärit olivat valvovia, terveydenhoitoa edistäviä ja tartuntatauteja ehkäiseviä viranomaisia, joille vain poikkeustapauksissa myönnettiin lupa vastaanottotyöhön. Kunnanlääkäreidenkin toimenkuva painottui ennaltaehkäisevään yhteiskunnalliseen työhön ”sen sijaan että tähän saakka ovat suurimmalta osalta käyttäneet aikansa ansiotarkoituksessa suoritettuun praktiikan harjottamiseen”. Yksityinen sairaanhoito asettui kunnanlääkärin tehtävänmäärittelyssä vasta kolmannelle sijalle yleisen valvontatyön ja koululääkärin tehtävien jälkeen. Kaupunginlääkäreiltä hoitotyö voitiin jopa kieltää kokonaan, mikäli se haittasi muiden virkatehtävien hoitoa.[102]

Lain asettaman viiden vuoden määräajan päättyessä vuonna 1947 edelleen 38 kunnanlääkäripiiriä oli vailla kunnanlääkäriä. Kun lisäksi havaittiin, ettei kunnanlääkärin aika varsinkaan suurimmissa kunnissa riittänyt yleiseen terveydenhoitotyöhön, vuonna 1951 säännöksiä tiukennettiin siten, että yli 8 000 asukkaan maalaiskunta voitiin velvoittaa palkkaamaan kaksi kunnanlääkäriä.[103] Käyttöön otettiin hoitotaksat, jotka yhtenäistivät kunnanlääkäreiden potilailta perimät maksut. Kun vuonna 1959 kunnat velvoitettiin maksamaan lääkärille täysi palkkio varattomille annetusta avusta, uudistusta perusteltiin ”nykyisellä sosiaali-poliittisella ajattelutavalla” ja tarpeella poistaa epäilyt siitä, että ”maksuttoman potilaan hoitoon omistauduttaisiin vähemmällä harrastuksella kuin maksullisen”.[104]

Vaikka lääkäreiden saatavuudessa tapahtui parannusta 1940- ja 1950-lukujen aikana (kuvio 9), ongelmaksi koettiin edelleen alueellinen epätasaisuus: vain 15 prosenttia lääkärikunnasta toimi 1950-luvun alussa maaseudulla ja 1960-luvulla jopa viidennes kunnallisista viroista oli täyttämättä (taulukko 20).[105] Asukaslukuun suhteutettuna Suomen

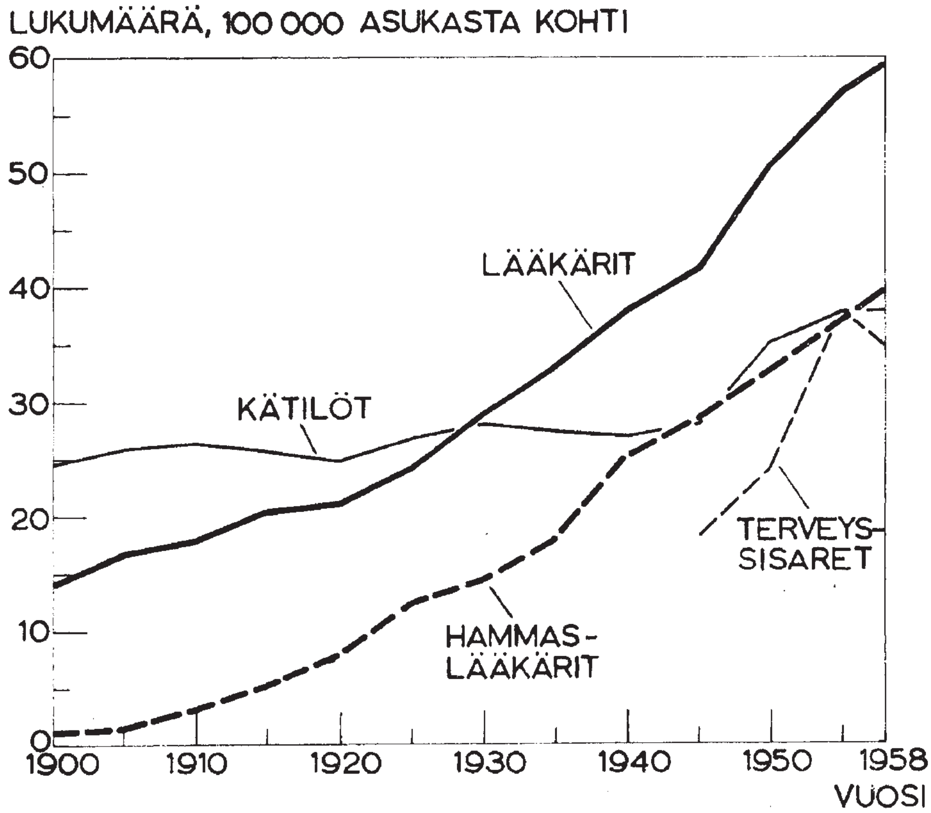
102 VP 1938, PK II; 2000–2001; Laki yleisestä lääkärinhoidosta 9.6.1939 no 197, § 4, § 7, § 11, § 13; Nyström 2010a, 165.

103 VP 1950, A I, Hall. es. no 16. Laki yleisestä lääkärinhoidosta 9.3.1951 no 141, § 8.

104 Vuolio 1992, 122, 133–134; Kunnanlääkäritaksa. Suomen Lääkärilehti 4/1958, 140–144; Kunnanlääkärin malliohjesäännön perustelut. Suomen Lääkärilehti 16/1959, 763–764.

105 Lojander, W., Maalaiskuntiemme terveydenhoidollisista olosuhteista. Duodecim 6/1952, 484–486.

lääkärimäärä oli vielä 1950-luvun puolivälissä Euroopan alhaisin ja muiden maiden taso saavutettiin vasta 1970-luvun aikana.[106] Juuri lääkärivajauksen takia kunnanlääkärien työnkuvan todettiin helposti painottuvan sairaanhoitoon. Siksi valvonta- ja valistustyöhön keskittyvien terveyssisarten todettiin olleen usein parhaiten perillä kunnan terveydenhoidollisista oloista.[107]



Kuvio 9. Lääkärit, kätilöt, terveyssisaret ja hammaslääkärit 100 000 asukasta kohti 1900–1958[108]

106 Harjula 2007, 82–84; Tiitta 2009, 329–331.
107 Lojander, W., Maalaiskuntiemme terveydenhoidollisista olosuhteista. Duodecim 6/1952, 484–486.
108 Ojala 1961, 196.

Taulukko 20. Kunnan- ja kaupunginlääkärin virkojen lukumäärä 1945–1971 ja täyttämättä olevien virkojen määrä 1957–1971[109]

vuosi	virkoja	niistä täyttämättä
1945	269	…
1947	292	…
1950	347	…
1953	403	…
1957	484	65
1961	508	44
1965	575	126
1971	651	125

Terveyssisarten ammattikunta rakentui vuonna 1944 kiertävistä sairaanhoitajattarista, tuberkuloosihoitajattarista sekä pienten lasten ja kouluikäisten hoitoon keskittyneistä kouluhoitajattarista, joiden kaikkien palkkaamiseen kunnilla oli ollut mahdollisuus saada 1920-luvun lopulta lähtien valtionapua. Alan koulutus, joka oli käynnistynyt tuberkuloosiyhdistysten, Mannerheimin Lastensuojeluliiton ja ruotsinkielisen Folkhälsanin aloitteesta, siirtyi 1930-luvulla valtion vastuulle, mikä niin ikään vahvisti terveyssisarammatin luonnetta julkisen vallan ylläpitämänä virkana. Terveyssisaria katsottiin tarvittavan erityisesti vähävaraisten syrjäseutujen suurten, puutteellisissa oloissa elävien perheiden auttajina. Toimenkuva ulottuikin valistustyöstä sairaanhoidollisiin kotikäynteihin sekä koulu- ja tuberkuloosihoitajattarina ja lastenhoidon neuvojina toimimiseen.[110] Terveyssisarlaki, jota kuvailtiin kaukonäköiseksi tart-

109 SVT XI:56 1939–52, 2; SVT XI:57 1953–54, 2; SVT XI:60 1957, taulukot, 4; SVT XI:69 1966, 212; SVT XI:74 1971–77, 372.

110 Kansakoululain (1926) perusteella kunnat saivat valtionapua kouluhoitajattaren palkkaamiseen, ja tuberkuloosityön valtionapusäädöksen nojalla (1929) myös kunnan tuberkuloosihoitajattaren palkkaan oli mahdollista saada valtiolta 50 %:n tuki tuberkuloosiyhdistyksen kautta. Tuberkuloosihoitajattarien koulutus oli vuodesta 1913 alkaen tuberkuloosiyhdistysten vastuulla. Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton suojissa koulutettiin 1920-luvun alussa kouluhoitajattaria ja sairaanhoitajattaria, ja vuonna 1924 kurssit yhdistettiin terveyssisarkoulutukseksi. Ruotsinkielisten koulutuksesta vastasi Folkhälsan. Vuonna 1931 koulutus siirtyi valtion vastuulle. Vuonna 1937 maassa oli jo noin 500 terveyssisarta, jotka työskentelivät kuntien, SPR:n ja Pohjois-Suomessa myös valtion palkkaamina. G.S 1937, 918; KM 1939:9, 47–53; Savonen 1941, 47–48; VP 1943, A III:1, Hall es. no 123; VP 1944, A III:2, Talousvaliok. miet. no 1.

tumiseksi ”kansamme olemassaolon ydinkysymykseen”, hyväksyttiin kätilölain tavoin eduskunnassa yksimielisesti.[111]

Neuvolat ja terveystalot valistusmajakoiksi

Yksi niin sanotuista kansanterveyden perustuslaeista oli äitiys- ja lastenneuvolalaki (1944), jolla kunnat velvoitettiin perustamaan paikalliset vastaanottopisteet. Neuvolatyö oli käynnistynyt Helsingissä Maitopisarayhdistyksen aloitteesta jo vuonna 1904 ja laajentunut järjestöpohjalta 1920- ja 1930-lukujen aikana.[112] Pyrkimys äitiyshuollon laajentamiseen yhdisti 1930-luvulla eduskunnan naistoimijoita puoluerajoihin katsomatta, kuitenkin sillä erotuksella, että työläisnaisten tavoitteena oli nimenomaan kunnallisen – eikä yksityispohjaisen – neuvolatoiminnan aikaansaaminen. Arvo Ylpön muistelmien mukaan erityisesti teollisuuspaikkakuntien työläismiehet suhtautuivat Mannerheimin Lastensuojeluliiton neuvoloihin varauksellisesti, mikä johti siihen, että äidit toivat lapsia neuvolaan jopa salaa miehiltään.[113]

Valtiollisissa komiteoissa ja kansanterveysohjelmassa 1930-luvun lopulla ja 1940-luvun alussa neuvoloiden lainsäädännöllinen pohja ja kunnallinen luonne nähtiin edellytyksenä palveluiden alueelliselle kattavuudelle. Neuvoloita katsottiin tarvittavan, koska piirissään kotikäyntejä tekevä kätilö oli usein vaikeasti äitien tavoitettavissa. Lisäksi varhaislapsuuden neuvontatyö todettiin tuloksellisimmaksi ja halvimmaksi lastenhuoltotyöksi, ja neuvolapaikkakunnilla lasten kuolleisuuden laskettiin olevan alhaisempaa kuin muualla.[114]

Neuvolatoiminta laajeni 1940-luvulla nopeasti jo ennen lainsäädännön toteutumista: Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja Suomen Huolto lahjoittivat talvisodan jälkeen noin 200 neuvolan tarpeet ja

111 VP 1944, PK I, 115–118, 124, 128–130.

112 Pesonen 1980, 629–631, 633–638, 663; Suonoja 1992, 390–391. Neuvoloista kansainvälisenä ilmiönä: Helén 1997, 101–102.

113 Esim. VP 1931, Liitteet X, 1, Toiv. al. no 45; VP 1931, A V:2, Toiv. al. miet. no 36, Työväenas.valiok. miet. no 3, Edusk.toivomus; Nätkin 1997, 47–49; Henttonen 2009, 116–120.

114 KM 1939:9, 64–67, 69–70; Savonen 1941, 28–32; KM 1942:18, 1–7; Suonoja 1992, 390–391.

vuoden lääkärinpalkkiot toimintaan sitoutuville kunnille, ja amerikkalaisen Rockefeller-säätiön, Mannerheimin Lastensuojeluliiton ja lääkintöhallituksen yhteistyöllä Helsingin maalaiskunnasta luotiin terveydenhuollon kehittämisen mallikenttä. Kun neuvolalaki vuonna 1944 astui voimaan, oli toiminnassa yhteensä jo 300 neuvolaa, joista suuri osa siirtyi sellaisenaan kuntien haltuun (taulukko 21).[115] Kunnalliset neuvolat rakentuivat lastenhoitoon keskittyvän terveyssisaren ja äitiyshuoltoon paneutuvan kätilön yhteistyön pohjalle.[116] Neuvonnan ja ohjauksen lisäksi neuvolat tarjosivat säännöllisiä terveystarkastuksia, joihin sisältyivät raskaudenaikaiset virtsa- ja verenpainetutkimukset sekä pikkulasten rokotukset.[117]

Taulukko 21. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä terveyssisarten ja kätilöiden lukumäärä 1935–1960[118]

	äitiysneuvolat		lastenneuvolat		terveyssisaret	kätilöt
	a	b	a	b		
1935	...	...	...	...	429	980
1939	16	124	...	...	...	...
1940	30	155	144	...	...	990
1945	360	278	367	473	688	1060
1950	690	1459	712	2293	967	1410
1955	844	2148	784	3079	1609	1603
1960	878	2366	967	3324	1726	1845

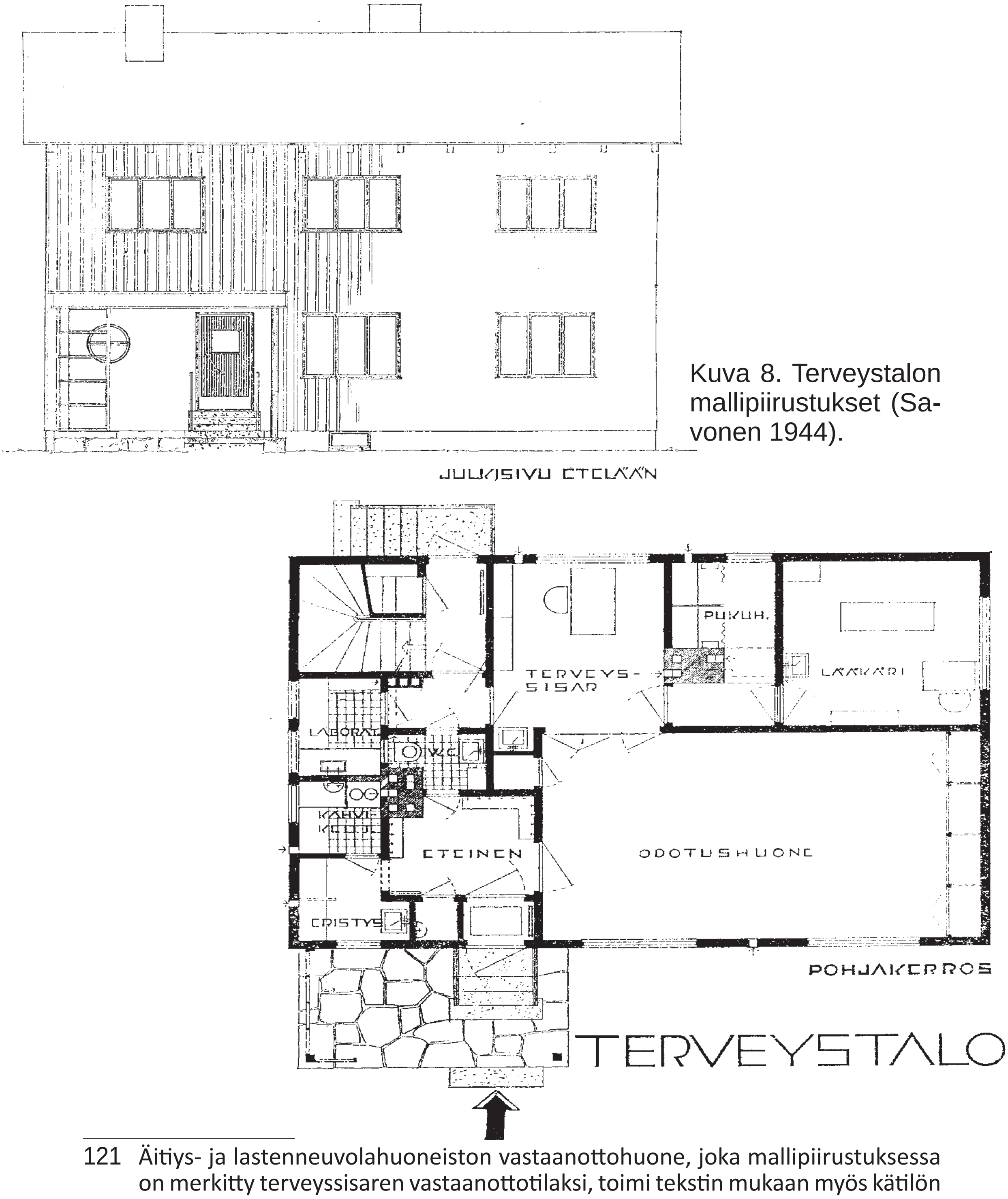
a = päätoimipaikat, b = sivutoimipaikat

Maaseudun terveydenhoitokomitean vuonna 1939 tekemän ehdotuksen mukaisesti neuvoloita varten kuntiin rakennettiin erityisiä *terveystaloja*.[119] Terveystaloista suunniteltiin valistuksen ja terveydenhoidon keskuksia: pysyvän terveydenhoitonäyttelyn ohella niissä tuli järjestää terveydenhoidollisia iltamia sekä lasten- ja sairaanhoidon kursseja.[120] Lääkintöhallituksen mallipiirustuksen mukaan terveystalon alakerta

115 Korppi-Tommola 1990, 148; Wrede 2003, 75–77.
116 VP 1943, AIII:1, Hall. es. no 124, 2.
117 KM 1939:9, 65–66, 70; Kaprio 1946, 195–196; Forsius 2004a.
118 KM 1965:B 72, 30; STV 1953, 280; STV 1957, 278; STV 1961, 288.
119 KM 1939:9, 66–67.
120 Savonen 1941, 34–35.

sisälsi neuvolatilat kätilön, terveyssisaren ja lääkärin vastaanottohuoneineen, kun taas yläkerta varattiin terveyssisaren ja kätilön asunnoille.[121]

Severi Savonen painotti terveystalojen suurta henkistä merkitystä: ”jos sitä varten oikein oma talokin on rakennettu, on koko asia samalla



Kuva 8. Terveystalon mallipiirustukset (Savonen 1944).

121 Äitiys- ja lastenneuvolahuoneiston vastaanottohuone, joka mallipiirustuksessa on merkitty terveyssisaren vastaanottotilaksi, toimi tekstin mukaan myös kätilön käytössä olevana tilana. Savonen 1944.

tullut nostetuksi aivan toiselle tasolle, jonkinmoiselle kunniasijalle".[122] Terveystalon rakentaminen kunnantalon, koulutalon, köyhäintalon ja työväen- tai seuraintalon rinnalle konkretisoi alan tärkeyden. Ann Yrjälä onkin korostanut, että terveystaloilla uutena julkisena areenana oli tärkeä symbolinen arvo ja ne lisäsivät kansan hyväksyntää uusille ammateille ja kansanterveydelle.[123] Savosen käyttämä termi *valistusmajakka* kuvastaa oivallisesti rakennusten painoarvoa.[124] Ylppö puolestaan näki nämä *terveyden temppelit* kansallisen ylpeyden aiheina:

> (…) [ei] tietääkseni missään muualla ole suhteellisesti katsoen niin lukuisia tautien ennakkoehkäisylle omistettuja terveystemppeleitä kuin meidän monet sadat, usein hyvinkin asialliset, jopa monesti sangen komeatkin terveystalomme ovat.[125]

Kiikan kunnanlääkärinä vuosina 1954–1957 toiminut Arno Forsius kuvaili, kuinka terveystalo nivoi kunnanlääkärin tiiviiksi osaksi kuntalaisten arkea ja juhlaa:

> Maantien puoleisessa siivessä oli kunnanlääkärin ja hammaslääkärin asunnot. Toisessa siivessä olivat neuvola ja hammaslääkärin vastaanotto sekä terveyssisaren, kätilön, kunnansihteerin ja talonmiehen asunnot. Molempien siipien välisessä solassa oli lääkärin vastaanottotilat. (…) Kunnanlääkärin työ ja hänen perheensä elämä nivoutuivat erottamattomasti kuntalaisten elämään. Tapahtuihan kunnanlääkärin vastaanottotyö täällä, kuten yleensäkin, hänen asuntonsa yhteydessä tai läheisyydessä, jolloin työkin muodostui koko perheen tehtäväksi. Kunnanlääkärin odotettiin olevan kunnassa esimerkkinä kaikessa ja hänen toivottiin osallistuvan kuntalaisten elämään niin joka päivän ongelmissa kuin ilon ja surun juhlatilaisuuksissa.[126]

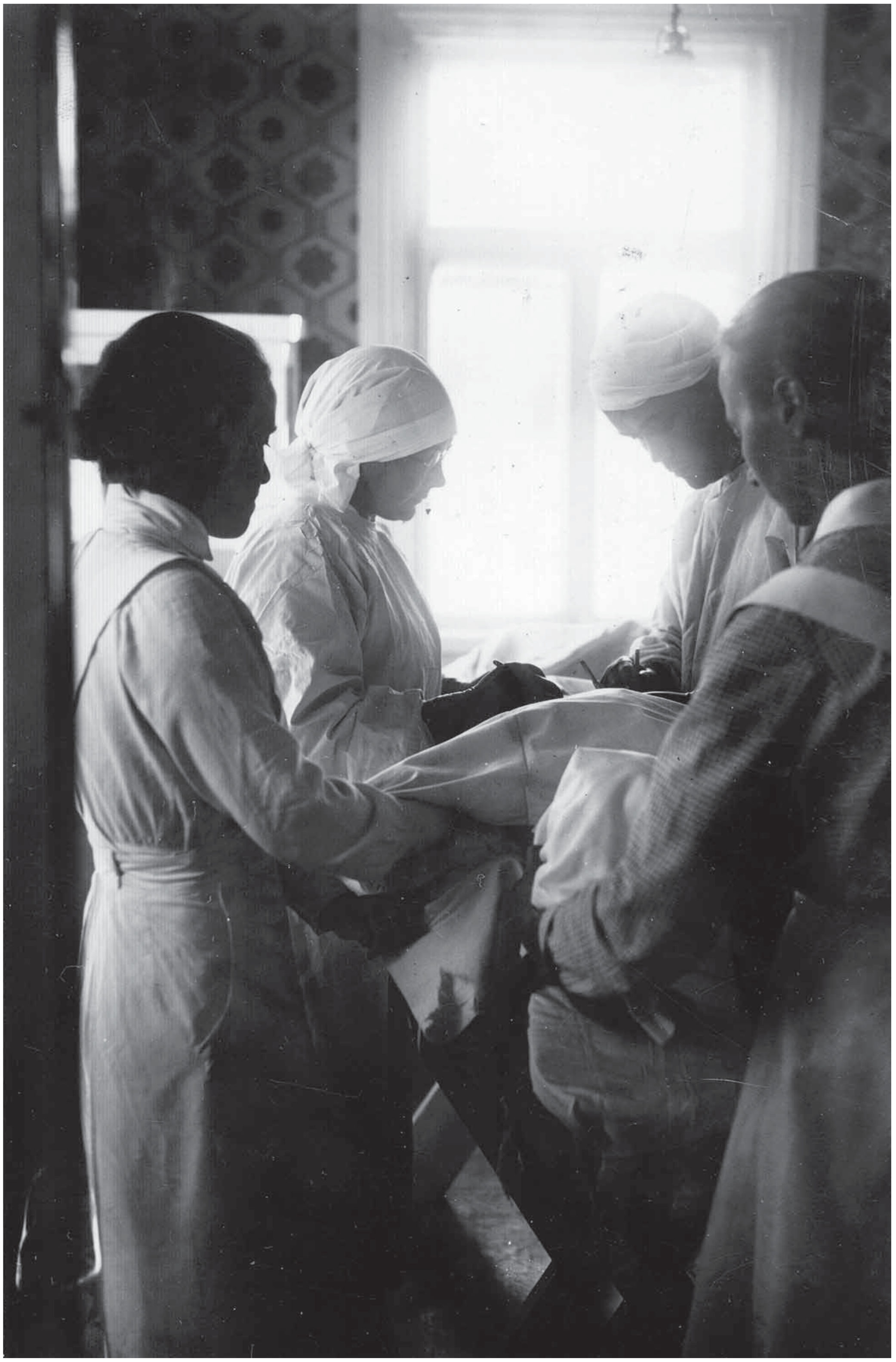
122 Savonen 1941, 34; Savonen 1944, 1.
123 Yrjälä 2005, 169.
124 Savonen 1944, 2.
125 Ylppö 1961, 336.
126 Forsius 2013.

Terveystaloja rakennettiin vuoteen 1955 mennessä peräti 527 kappaletta. Niistä noin 60 prosenttia valmistui kuntien kustannuksella, mutta myös Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja muut järjestöt vastasivat omalla panoksellaan terveystalojen rakentamisesta. Terveystalot toimivat paikallisen kansanterveystyön keskuksina 1970-luvulle saakka.[127]

Keskussairaalat ja huoltopiirit kaikille sairaalalohkoille

Sairaalarakentamisen tarvetta perusteltiin 1920–1930-lukujen aikana ensinnäkin lääketieteen nopealla kehittymisellä, mikä mahdollisti parantavan hoidon monissa aiemmin kohtalokkaissa sairauksissa. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Hannes Ryömä kuvaili vuonna 1937 kunnallismiehille, kuinka vasta noin 40 vuotta aiemmin Kirurgisessa sairaalassa tehtiin maan ensimmäinen umpisuolenleikkaus, mutta nyt niitä suoritettiin jokaisessa pienessäkin sairaalassa. Myös röntgentutkimukset sekä radium- ja insuliinihoidot avasivat hänen mukaansa uudenlaisia hoitomahdollisuuksia. Ryömä korosti, että kohonnut kansansivistys lisäsi omalta osaltaan sairaaloiden kysyntää: ”Varaton kansanluokkakaan ei enää kuole ’sovinnolla’ vaan vaatii itselleen sairaalahoitoa.”[128]

127 Korppi-Tommola 1990, 153–158; Wrede 2003, 86.
128 Ryömä, Hannes, Sairaalaolojen järjestäminen. Maalaiskunta 7/1938, 129.



Kuva 9. Aluelääkäri Alvar Wilska suorittamassa umpisuolileikkausta Sallan kunnansairaalassa 1930-luvulla. Paikallissairaalan kodinomainen leikkaustila tapetoituine seinineen ei vastannut aikakauden sairaalasuunnittelun ihannetta, joka korosti moderniutta ja hygieniaa (Helsingin yliopistomuseo).

Maaseudun asunto-olojen takapajuisuus nimettiin osasyyksi sairaalarakentamisen tarpeeseen. Kun esimerkiksi tuberkuloositartuntaa levittäville potilaille ei ahtaissa kotioloissa voitu järjestää omaa huonetta eikä valvottua hygieniaa, oli parantoloiden rakentaminen välttämätöntä. Mielisairaalarakentaminen sai puolestaan uuden yhteiskunnallisen perustelun rotuhygieniasta, sillä vaarallisten yksilöiden elinikäinen eristäminen miellettiin varmaksi degeneraation pysäyttämiskeinoksi.[129]

Toisin kuin vuosisadan alussa, jolloin sairaalakysymystä lähestyttiin pääosin paikkakuntakohtaisena ongelmana, 1920-luvulta lähtien lähtökohtana oli koko maan kattava tarkastelu. Sairaalapaikkakartoitukset osoittivat, että paikkatarjonta oli alueellisesti epätasainen ja että kokonaan vailla sairaspaikkoja olevien kuntien osuus oli eri hoitoaloilla varsin erilainen (taulukko 22). Avohoidon tavoin sairaalapalveluiden organisoinnin iskusanoiksi nousivat keskitys, suunnitelmallisuus ja yhtenäisyys.[130] Sairaalatarvetta arvioitiin määrittämällä ulkomaisiin esimerkkeihin nojaavia, väkilukuun pohjaavia suhdelukuja, joissa valtiollisia, kunnallisia ja yksityisiä sairaaloita käsiteltiin yhtenä kokonaisuutena.[131]

129 KM 1923:2, 34; KM 1924:3, 7–9; KM 1927:11, 18, 23; KM 1931:15, 3.
130 Esim. Pelkonen, Aarne, Ehdotus valtion sairaalain rakennussuunnitelmaksi. SLA 4/1941, 289, 291; LV 1947:4, 10.
131 Esim. Suolahti, Eino, Minkä suuntaviivojen mukaisesti olisi maan sairaalalaitosta kehitettävä? SLA 4–5/1927, 58–107.

Taulukko 22. Kokonaan vailla eri alojen sairaansijoja olevat kunnat lääneittäin 1925–1937, % kunnista[132]

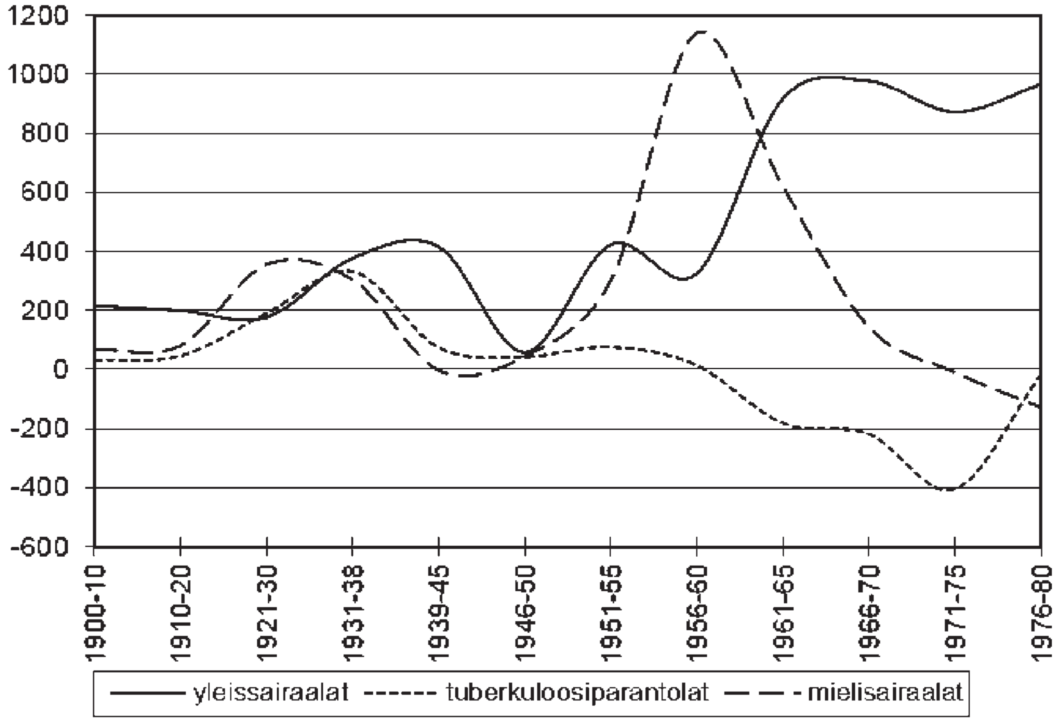
Vuosi	1925		1928	1937		
Lääni	yleissairaansijat		mielisairaiden laitospaikat	kunnansairaalasijat	kulkutautisairaansijat	tuberkuloosisairaansijat
	kaikki kunnat	maalaiskunnat	maalaiskunnat	maalaiskunnat ja kauppalat	maalaiskunnat ja kauppalat	maalaiskunnat ja kauppalat
Uudenmaan	66	73	13	74	12	18
Turun ja Porin	85	88	17	53	19	10
Ahvenanmaa	88	93	…	…	80	93
Hämeen	73	77	17	71	6	19
Viipurin	82	90	12	86	9	23
Mikkelin	58	64	4	50	7	47
Kuopion	73	75	0	67	8	8
Vaasan	81	86	6	72	21	52
Oulun	80	85	26	85	17	26
Lapin				91	48	48
Koko maa	78	83	13	68	17	27
yhteensä kuntia vailla hoitosijoja	445	442	67	368	95	154

132 Yleissairaalat 1925: lukuun sisältyvät valtion, kuntien ja yksityisten sairaalat lukuun ottamatta kulkutautisairaaloita, synnytyslaitoksia ja muita erikoissairaaloita. Suolahti, Eino, Minkä suuntaviivojen mukaisesti olisi maan sairaalalaitosta kehitettävä. SLA 4–5/1927, 68. Mielisairaalat 1928: lukuun sisältyvät ne kunnat, joilla ei ole paikkoja kunnalliskodissa eikä piirimielisairaaloissa. Jalas, Rakel, Maalaiskuntien mielisairaanhoidon järjestelystä maassamme. SAik 5/1931, 276. Vuosi 1937: lukuun sisältyvät ne kunnat, joilla ei ollut omaa tai yhteistä sairaalaa eikä sopimusta sairaansijoista muualla. KM 1939:9, 26–28.

Ensimmäinen kunnallista sairaalaorganisaatiota normittava säädös oli terveydenhoitolaki (1927), jossa kulkutautisairaaloiden perustaminen määriteltiin kaupungeille pakolliseksi. Maaseutukunnilta edellytettiin ainoastaan, että sairaansijoja tuli tarvittaessa olla käyttöön otettavissa.[133] Muutoin sairaalarakentamisen painopiste oli 1920- ja 1930-lukujen aikana mielisairaaloissa ja keuhkotautiparantoloissa (kuvio 10), joiden paikkapula todettiin polttavaksi. Esimerkiksi Nastolaan avatun lastenparantolan raportin mukaan hoitoon valikoiduttiin jopa sukupuolen perusteella:

> (…) potilaat ovat tilanpuutteen vuoksi joutuneet puolitoista vuottakin paikkaa odottamaan (…) Hakemuksia on saapunut eri puolilta maata, aina Inarista saakka. Pojille on paikkoja tiedusteltu lukuisammin, varmaankin osittain siitä syystä, että miehen henkeä pidetään arvokkaampana. Muutamissa tapauksissa nimittäin, joissa perheessä on ollut tuberkuloottinen poika ja tyttö, on aina ensin yritetty saada poikaa hoitoon.[134]

133 Terveydenhoitolaki 1.7.1927 no 192, § 16–17; Ryömä, Hannes, Suomen terveydenhoitolainsäädäntö. SAik 10/1927, 553–557.
134 Soikkeli 1927, 89.



Kuvio 10. Sairaansijojen muutokset keskimäärin vuodessa 1900–1980[135]

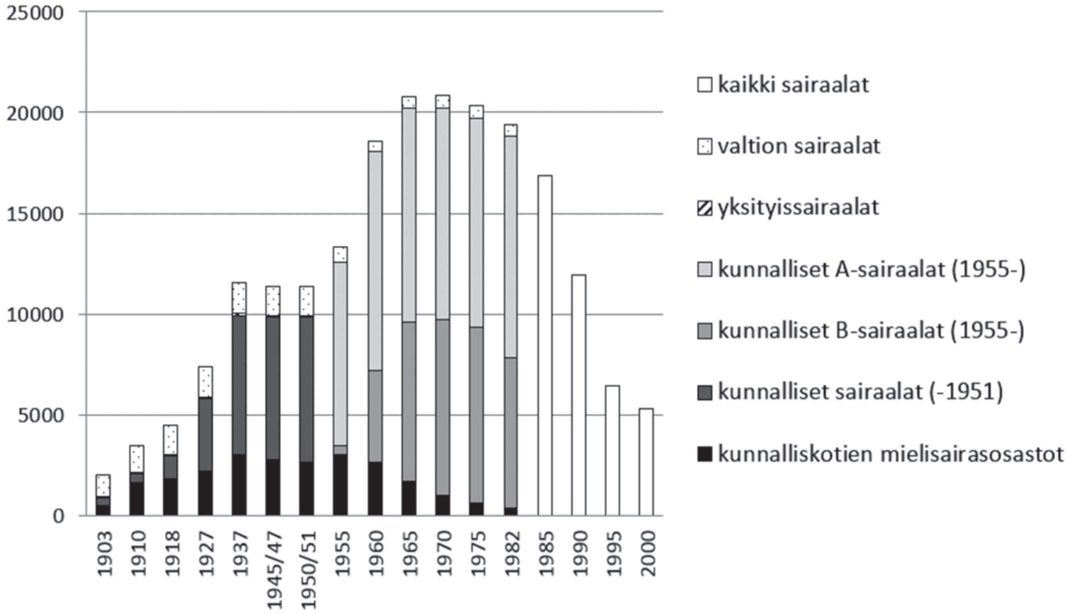
Mielisairaalahoidon järjestämistä ehdotettiin kuntien velvollisuudeksi jo vuonna 1923 ja tuberkuloosialalla komitea suositteli koko maan jakamisesta huoltopiireihin vuonna 1924,[136] mutta nämä ehdotukset jäivät toteutumatta. Vuonna 1929 vakinaistettujen valtionapusäädösten tukemana kunnallisten mielisairaaloiden rakentamisesta tuli yleinen käytäntö, jota kuntainliitot salliva vuoden 1932 kunnallislaki entisestään vauhditti.[137] Kunnallisten mielisairaaloiden paikkaluku ylittikin jo tuolloin köyhäinhoidollisten kunnalliskotiosastojen sairaansijamäärän (kuvio 11). Kunnallisten mielisairaaloiden hoidon tasoa pyrittiin nostamaan kirjaamalla valtionapusäädökseen vaatimus lääkärin läsnäolosta kaikkina arkipäivinä, ja ainakin suurimmissa

135 Vauhkonen 1961, 50; SVT XI:76 1980, 188; SVT XI:78 1981–82, 178. Mukaan yleissairaaloihin on sisällytetty synnytysten hoito, sukupuolitautien hoito sekä kulkutautien hoito.

136 KM 1923:2, 3, 34–35, 44; KM 1924:3, 54–60, 92–93.

137 KM 1923:2, 34; KM 1927:11, 12–14; Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31.5.1929 no 269; KM 1943:7, 6–7; LV (Lainvalmistelukunnan julkaisuja) 1947:4, 4, 6–7.

kunnallisissa laitoksissa oli jo 1930–1940-luvuilla tarjolla kaikki uudet hoitokeinot, kuten kylvyt sekä malaria- ja insuliinihoidot.[138]



Kuvio 11. Mielisairaansijat eri laitoksissa 1903–2000[139]

138 Valtioneuvoston päätös niistä perusteista, joiden mukaan mielisairaalalaitoksille valtioapua voidaan myöntää 16.6.1920 no 188; Asetus kunnallisille mielisairaaloille sekä sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamisen edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31 päivänä toukokuuta 1929 annetun lain toimeenpanosta 31.7.1929 no 270, § 9; Therman, Ernst, Katsaus piirimielisairaaloitten syntyyn ja kehitykseen maassamme. Duodecim 8–9/1924, 391–394; LV 1933:6, 3–4; Mäkelä 1937, 64–65; Hänninen 1955, 101–108; Törrönen 1978, 36–38; Niemistö 1952a, 238–243.

139 Koska tilastoperusteet olivat eri aikoina osin erilaiset, luvut ovat suuntaa-antavia. Vuosina 1910 ja 1918 kunnalliskotien mielisairasosastojen sairaansijamäärä on arvio, joka perustuu seuraavissa lähteissä mainittuihin, eri tavalla laskettuihin hoidokkimääriin: SVT XXI A:18 1910, 100; SVT XXI B:24 1916, 14; SVT XXI A:22 1914–17, taulu VI; VP 1919, Liitteet IV, 5. Anom.ehd. no 57, 339; KM 1923:2, 36; Therman, Ernst, Katsaus piirimielisairaaloitten syntyyn ja kehitykseen maassamme. Duodecim 8–9/1924, 391. Kunnallisten mielisairaaloiden luvuista on v. 1910 poistettu 74 ja vuonna 1918 yhteensä 107 vaivaistaloissa sijainnutta paikkaa, joita ei sittemmin tulkittu sairaalapaikoiksi, ks. Mäkelä 1937, 52, 63. 1960–1970-luvuilla, jolloin sosiaali- ja lääkintötilastot esittävät kunnalliskotien mielisairasosastoista hieman erilaisia lukuja, taulukossa on nojattu sosiaalitilastoihin. Vuosina 1995 ja 2000 lukuun sisältyvät kaikki psykiatrisen hoidon sairaansijat. Wahlberg, C.F., Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi IV. Duodecim 3/ 1905, 78–83; SVT XI:27 1910, taulu II ja X; SVT XI:35 1918, taulu III; KM 1927:11, 14; SVT XI:54 1937, 55, 63, 71; LV 1947:4, 6–7; SVT XI:56 1939–52, 62; VP 1951, A III:1, Hall. es no 21, 1–2; SXT XXIB:25 Sosiaalihuolto 1983, 88; SVT XI:74 1971–77, 209; SVT XI:78 1981–82, 166; STV 1987, 368; STV 1992, 405, STV 1997, 438; STV Terveys. Terveydenhuollon trendit 2004, 139.

Tuberkuloosialalla valtionapua myönnettiin vuodesta 1929 alkaen kuntien ohella myös yhdistysten ylläpitämille parantoloille sekä yhdistysten maalaiskunnissa toteuttamalle avohuoltotoiminnalle. Tuberkuloosin Vastustamisyhdistyksen palkkaamat lääkärit ja kiertävät tuberkuloosihoitajattaret muodostivat avohuollon ytimen, mutta alueellisesti suuri osa maata oli edelleen 1930-luvun lopulla huoltopiirien ulkopuolella.[140] Ratkaiseva muutos olikin, kun vuonna 1943 valmistuneen mietinnön pohjalta koko maa jaettiin vuonna 1948 keskusparantoloiden johtamiin tuberkuloosipiireihin. Tuolloin kukin kunta velvoitettiin huoltotoimiston perustamiseen sekä tietyn sairaansijamäärän varaamiseen keskusparantolasta.[141]



Kuva 10. Vuonna 1927 avattu Muurolan tuberkuloosiparantolan päärakennus Rovaniemellä. Hallimakuuparvekkeet, jotka mahdollistivat levon raittiissa ulkoilmassa, olivat olennainen osa tuberkuloosihoitoa (Helsingin yliopistomuseo).

140 Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31.5.1929 no 269; Savonen, Severi, Euroopan nykyinen keuhkotautikartta. Duodecim 3/1936, 214–216; KM 1943:7, 49–52.

141 KM 1943:7; VP 1947, A III:1, Hall. es. no 173; Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649, § 3–6; Härö 1992, 180–183.

Mielisairaanhoidon asiantuntijat kritisoivat 1930–1940-luvuilla alan hajanaisuutta ja suunnittelemattomuutta. Kokonaisohjelman puuttuessa alan todettiin rakentuneen väliaikaisten hätäratkaisujen pohjalta. Ajatus koko maan kattavasta huoltopiirijärjestelmästä tuotiin esille 1930-luvun lopulla ja tuberkuloosialan mallia seuraten vuoden 1952 mielisairaslaissa maa jaettiin 18 huoltopiiriin, joihin kuuluvilla kunnilla tuli olla lääkintöhallituksen esittämä määrä sairaansijoja keskusmielisairaalassa. Tehokkaan ja alueellisesti tasa-arvoisen hoitopolun rakentamiseksi kussakin piirissä piti olla kahdentyyppisiä laitoksia: A-mielisairaaloihin eli keskussairaaloihin otettiin erikoishoitoa vaativia potilaita ja niiden alaisuudessa toimivat B-mielisairaalat suunniteltiin helppohoitoisia kroonikkoja varten.[142] Piirimielisairaaloista kehitettiin A-mielisairaaloita, mikä kertoo niiden arvostuksen noususta.[143] Kun mielisairaanhoito määriteltiin ensi sijassa kunnalliseksi tehtäväksi, valtion mielisairaaloiden rooli kutistui erittäin vaarallisten ja vaikeiden tapausten, mielentilatutkimusten sekä valtion välittömässä huollossa olevien – kuten vankien – hoitoon.[144]

Vuoden 1952 mielisairaslain tuloksena alan hoitopaikkaluku ylitti Maailman terveysjärjestö WHO:n ohje-arvon kolme sairaansijaa tuhatta asukasta kohden jo vuosikymmenen jälkipuoliskolla, ja 1960-luvun aikana luku ylsi jo neljään (kuvio 12). Kun rakentamisen painopiste oli B-sairaaloissa, psykiatrien esittämän kritiikin mukaan hoidon taso ei kuitenkaan välttämättä kohonnut. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesosen mukaan merkittävä muutos oli joka tapauksessa se, että mielisairaalat alkoivat muistuttaa yleissairaaloita, kun muurit, ristikot ja suljetut ovet vähitellen katosivat.[145]

Uusien psyykenlääkkeiden mahdollistamana psykiatriassa alettiin korostaa avohoidon merkitystä, ja laitospotilaiden määrä kääntyi

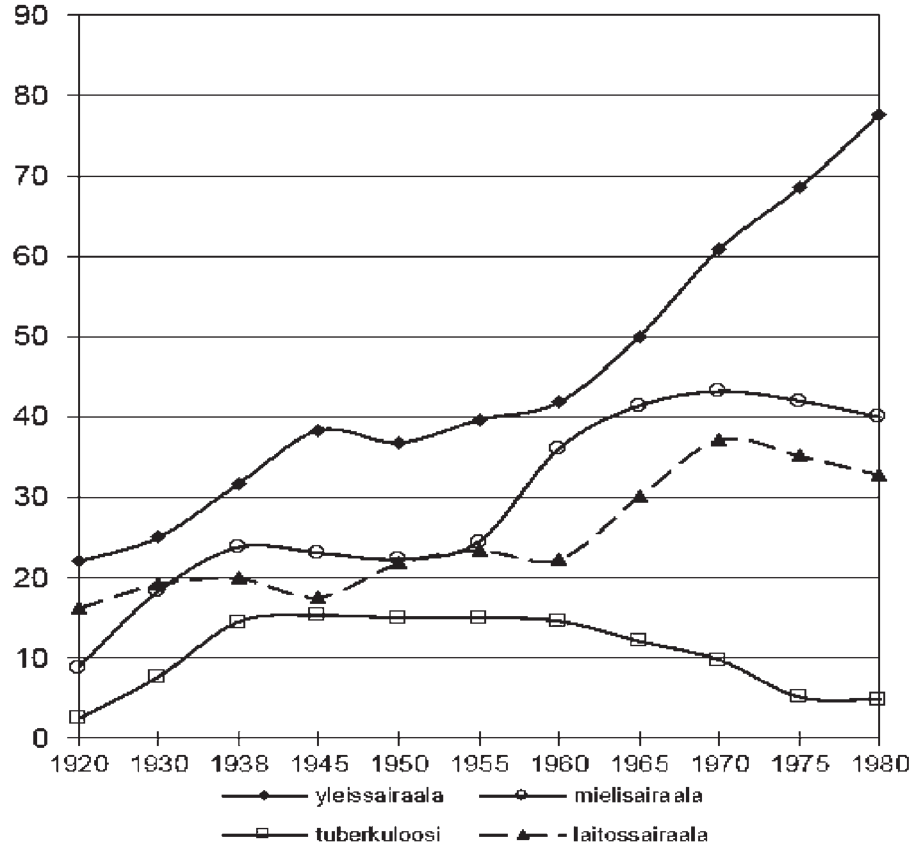
142 KM 1939:9, 118–121; Jalas, Rakel, Piirimielisairaalat jäsenkuntiensa kunnalliskotien mielisairaanhoidollisiksi neuvojiksi ja tehostajiksi. Huoltaja 23/1938, 549–553; KM 1943:7, 10–19; LV 1947:4, 10–11; VP 1951, A III:1, Hall. es no. 21; Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187, § 8, § 9, § 11, § 41.

143 Sibelius 1969, 71.

144 Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187, § 3, § 12.

145 Sibelius 1969, 71–72; Pesonen 1969a; Pesonen 1973, 98–103; Tiitta 2009, 263–265.

monissa länsimaissa laskuun jo 1950-luvulla.[146] Vaikka Suomessa mielisairaaloiden sairaansijamäärä kasvoi 1970-alkuun asti, avohoito liitettiin olennaiseksi osaksi mielisairaanhoitoa, kun jokainen huoltopiiri velvoitettiin perustamaan huoltotoimisto. Ensimmäiset, pääasiassa potilaiden jälkihoitoon keskittyvät huoltotoimistot avattiin vuonna 1956. Avohoidon merkitys kasvoi, kun huoltotoimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi 1970-luvun aikana ja niiden asiakaskunta laajeni käsittämään myös henkilöt, joilla ei ollut sairaalataustaa eikä tarvetta sairaalahoitoon.[147]



Kuvio 12. Sairaansijat 10 000 asukasta kohden 1920–1980[148]

146 Pesonen 1969a; Pylkkänen 1985, 154–156; Salo 1996. Lääkehoidon kehittymisestä ks. Pietikäinen 2013, 275–303.

147 Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187, § 4, § 10; SVT XI:69 1966, 123; SVT XI:72–73 1969–70, 193–195; Kaarninen & Kaarninen 1990, 211–219; Salo 1996, 209–210; Tuovinen 1990, 153–161.

148 SVT XI:78 1981–82, 178. Laitossairaaloiden lukuun sisältyvät sosiaalihuollon, puolustuslaitoksen sekä vankeinhoidon alaisuudessa toimivat sairaansijat. Vuoden 1972 kansanterveyslain myötä laitossairaaloita alettiin siirtää terveyskeskusten yhteyteen, jolloin ne sisällytettiin yleissairaalapaikkoihin. SVT XI:63 1960, 24, 66; SVT XI:75 1977–78, 182, 184, 210.

Yleissairaanhoidon kehittämisen todettiin 1930-luvulla jääneen erikoisalojen jalkoihin. Kun sodassa rajan taakse jäi kaiken kaikkiaan noin 2750 sairaalapaikkaa, sairaaloiden sodanjälkeisen heikon tilan katsottiin pakottavan pikaisiin uudistuksiin.[149] Samu Nyströmin mukaan keskeiset kiistat käytiin siitä, ”minkä kokoisia, kenen rahoilla ja missä järjestyksessä” sairaaloita tuli rakentaa.[150] Jo 1930-luvun alussa ehdotettiin maan jakamista sairaalapiireihin siten, että maalaiskunnalla piti olla yksi yleissairaanhoidon sairaansija 750 asukasta kohden ja kaupungilla 375 asukasta kohden. Nämä sairaansijanormit kirjattiin vuonna 1943 hyväksyttyyn keskussairaalalakiin ja samalla säädettiin, että kullakin kunnalla piti olla 4 000 asukasta kohden yksi sairaansija kolme lääketieteen erikoisalaa kattavassa keskussairaalassa. [151] 1940-luvun lopulla myös kulkutautien hoito kytkettiin osaksi keskussairaalalaitosta. Kun lääkehoitojen kehittyessä sukupuolitautihoidon painopiste siirtyi poliklinikkavastaanottoihin ja sairaalatarve väheni, ala sulautui – synnytyslaitosten tavoin – yleissairaalahoidon osaksi.[152] Yhtenäinen valtakunnallinen yleissairaalajärjestelmä sai sinettinsä sairaalalaissa vuonna 1956: maa jaettiin keskussairaalapiireihin, joissa kussakin oli keskussairaala, kuntainliittojen aluesairaaloita sekä kuntien paikallissairaaloita. Alkuperäisenä tavoitteena oli 18 keskussairaalan rakentaminen vuoden 1964 loppuun mennessä, mutta käytännössä rakennusprosessi jatkui vielä 1970-luvullakin.[153]

Yleissairaaloiden maksukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi alue- ja paikallissairaaloiden valtionavun ehtona oli, etteivät hoitopäivämaksut ylittäneet keskussairaaloiden taksoja. Järjestelmän myötä vain lääketieteellisten seikkojen toivottiin ratkaisevan potilaan hoitopaikan: ”Yhtenäiset sairaalamaksut aikaansaavat sen, että potilaalle on samantekevää, missä sairaalalaitoksen portaassa häntä hoidetaan”.[154] Tasa-arvopainotuksesta huolimatta sairaalaorganisaatiossa säilyi kui-

149 Pelkonen, Aarne, Ehdotus valtion sairaalain rakennussuunnitelmaksi. SLA 4/1941, 270–347; Tiitta 2009, 244.
150 Nyström 2010a, 165–168.
151 KM 1931:15; Pesonen 1980, 590–598; Tiitta 2009, 150–153, 223–225.
152 KM 1939:9, 67–69; Keskussairaalalaki 17.4.1948, § 4; SVT XI:63 1960, 26; Vauhkonen 1961, 50, 134; Pesonen 1980, 600–601; Härö 1996, 19–20, 28–31.
153 Simola 1972, 672–673; Pesonen 1973, 61–88; Pesonen 1980, 610.
154 SVT XI:60 1957, 25.

tenkin sosiaalisia eroja ylläpitävä järjestelmä, sillä lääkäreiden yksityispotilaita varten luotu valtiollisten sairaaloiden yksityispaikkajärjestelmä vakiinnutettiin vuonna 1931 ja ulotettiin myös mielisairaaloihin.[155] Vuonna 1954, jolloin yksityispaikkoja oli valtion sairaaloissa yhteensä yli 400, mutta kunnallisissa sairaaloissa vain yksittäisinä poikkeuksina, valtiollinen komitea piti järjestelmän etuna potilaan mahdollisuutta lääkärin valitsemiseen. Lääkäreille kertyvän riittävän ansiotason katsottiin samalla estävän yksityissairaalasektorin laajenemisen.[156] Kun järjestelmän lakkauttamiseen pyrkinyt lakiesitys kaatui 1950-luvun puolivälissä lääkärijärjestöjen vastustukseen, lääkäreiden palkkariidan ratkaisuna käyttöön otettiin ns. erikoismaksuluokka, joka vakiinnutti yksityispotilasjärjestelmän myös kunnallisiin keskussairaaloihin.[157] Erona aiempaan oli ainoastaan se, että yksityispaikastaan potilas maksoi suoraan lääkärille, mutta erikoismaksuluokan maksu kerättiin sairaalalle.[158] Sairaaloiden poliklinikkatoiminta puolestaan irtautui roolistaan alimpien kansanluokkien maksuttomina hoitopaikkoina, kun toiminnan laajentuessa 1950-luvun puolivälissä käyttöön otettiin kiinteä poliklinikkamaksu.[159]

Kaikille kolmelle sairaanhoidon lohkolle luotiin 1950-luvun alkuun mennessä liki yhdenmukaiset, koko maan kattavat, alueelliseen tasa-arvoon pyrkivät sairaalapiirijärjestelmät (kartta 3). Kuvio 10 (s. 159) osoittaa, että tuloksena oli mielisairaaloiden rakentamisen huippukausi 1950-luvun lopulla sekä yleissairaaloiden rakennusboomi 1960–1970-luvuilla. Sen sijaan tuberkuloositapausten vähentyessä ja hoitoaikojen lyhentyessä alan sairaalatarve alkoi vähentyä ja 1960-luvun puolivälissä voitiin jo laatia kokonaissuunnitelma vapautuvien paikkojen käytöstä.[160]

155 Asetus sisältävä valtion sivilisairaalain ohjesäännön 4.12.1931 no 335, § 21; Mäkelä 1937, 54; KM 1956:38 mon, 14. Järjestelmän hyväksyntää kuvastaa se, että sairaala-arkkitehtuurin lippulaivoina pidettyihin moderneihin sairaaloihin, kuten vuonna 1934 rakennettuun Naistenklinikkaan sisällytettiin yksityisosasto. Henttonen 2009, 301–302.

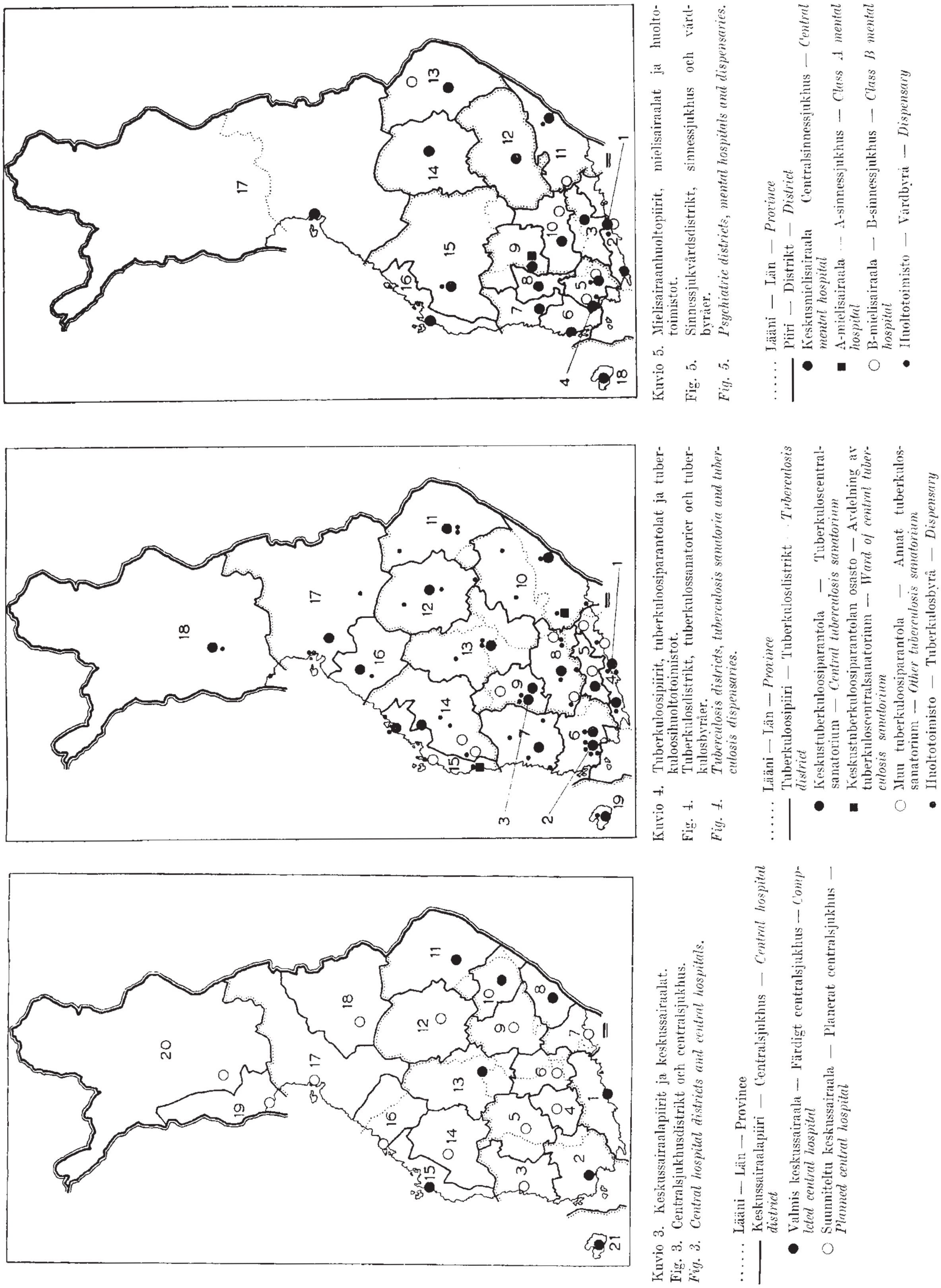
156 KM 1954:43 mon, 6–8.

157 KM 1956:38 mon; Levä 2010, 260–266, 278–279.

158 KM 1956:38 mon, 21.

159 KM 1954:43 mon, 17–26; KM 1956:38 mon, 30–31; Asetus keskussairaaloissa suoritettavista maksuista 29.12.1956 no 682, § 3; Asetus valtion sairaaloissa perittävien korvausten ja palkkioiden vahvistamisesta ja suorittamisesta 23.12.1954 no 537; Asetus valtion sairaaloissa perittävien korvausten ja palkkioiden vahvistamisesta ja suorittamisesta annetun asetuksen muuttamisesta 11.5.1956 no 299.

160 SVT XI:65–66 1962–63, 12; SVT XI:67 1964, 74–76; SVT XI:68 1965, 85; Pesonen 1973, 89–92; Simola 1972, 674–675.



Kartta 3. Keskussairaala-, tuberkuloosi- ja mielisairaanhuoltopiirit vuonna 1956[161]

161 SVT XI:59 1956, 12–13.

Kokonaisuudessaan Suomen sairaansijamäärien todettiin jo 1950-luvun lopulla suurin piirtein vastaavan ajan vaatimuksia, mutta olevan selvästi muita Pohjoismaita alhaisemmalla tasolla. Kun Suomessa vuonna 1955 laskettiin olevan hieman alle 8 sairaansijaa 1000 asukasta kohden, oli vastaava luku Ruotsissa peräti 14. Tilanne muuttui sairaaloiden rakentamisen vuosikymmeneksi nimetyn 1960-luvun aikana siten, että Suomi nousi maailman huipulle ja sijoittui tilastoissa toiseksi heti Ruotsin jälkeen. Kansainvälisten vertailujen lopputulokseen vaikutti osaltaan se, laskettiinko Suomesta mukaan sairaalahallinnon ulkopuoliset ns. laitossairaalat, joista valtaosa oli sosiaaliministeriön alaisuudessa, köyhäinhoidon osana toimivia kunnalliskotiosastoja (kuvio 12).[162]

Kunnalliskotien kroonikko-osastot – välttämätön vai häpeällinen sairaalaluokka?

Köyhäinhoidon puitteissa järjestetty laitoshoito muodosti oman erilliskysymyksensä sairaalajärjestelmää rakennettaessa. Kun varsinainen sairaalalaitos pyrittiin luomaan koko maan kattavaksi yhdenmukaiseksi järjestelmäksi, köyhäinhoidolliset kunnalliskodit toimivat nimensä mukaisesti kunnallisina laitoksina ja määrittelivät mm. hoitomaksunsa paikallisesti.[163] Kuvaavaa on, että lääkintöhallituksen vuosikirjassa kunnalliskotiosastot noteerattiin sairaalalaitoksen osana vasta 1950–1960-lukujen taitteessa.[164]

Kunnalliskoteihin rakentuneiden mielisairas- ja sairasosastojen asema oli sikäli erilainen, että mielisairasosastot olivat vuoden 1922 köyhäinhoitolain mukaan pakollisia ellei kunnassa ollut tarjolla varsinaisia mielisairaalapaikkoja. Määräaika kunnalliskodin rakentamiselle

162 SVT XI:58 1955, 14–15; Kuusi 1961, 254, 256, 260; Pesonen 1969b, 30. Laitossairaaloista esim. SVT XI:64 1961, 110.

163 KM 1989:13, VI 4.

164 SVT XI:60 1957, 27–28; SVT XI:62 1959, 9; SVT XI:63 1960, 24, 66; SVT XI:64 1961, 89, 110–111. Vuonna 1962 lääkintöhallituksen vuosikirjaan sisällytettiin taulukko laitossairaaloiden sairaansijoista vuodesta 1920 alkaen, mutta tarkempaa tietoa lukuihin sisältyneistä laitoksista tai käytetyistä lähteistä ei esitetty. SVT XI:65–66 1962–63, 128, 140.

asetettiin aluksi vuoteen 1933, joten periaatteessa viimeistään tuolloin kussakin kunnassa piti olla tarjolla mielisairaitten laitospaikkoja joko kunnalliskodissa tai mielisairaalassa. Lama-ajan takia kunnalliskodin rakentamiseen voitiin kuitenkin hakea lykkäystä.[165] Sairasosastojen perustamista tai niiden olosuhteita alettiin sen sijaan säädellä vasta vuonna 1956, jolloin ne määriteltiin kunnille pakollisiksi.[166] Taulukot 23 ja 24 osoittavatkin, että näiden kahden osaston kehitystrendit olivat erilaiset: mielisairasosastojen lukumäärä kääntyi laskuun jo 1930-luvun lopulla ja niiden tarjoamien hoitopaikkojen kasvu taittui 1950-luvun puolivälissä, kun taas sairasosastojen määrä ja niiden paikkaluku kasvoivat 1970-luvulle asti.

Taulukko 23. Kunnalliskotien sekä sairas- ja mielisairasosastojen lukumäärä 1910–1950[167]

	kunnalliskoteja	kunnalliskodeissa sairasosastoja	kunnalliskodeissa mielisairasosastoja
1910	166	…	…
1920	252	104	164
1930	325	148	167
1938	360	174	167
1945	337	165	151
1950	347	194	145

165 KM 1918:7, 66, 102–103; Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145, § 29, § 77; Saarialho 1935, 124–129, 311; Paasivaara 2002, 51.

166 Vuoden 1918 köyhäinhoitokomitea nimesi sairaalloiset yhdeksi kunnalliskodin kohderyhmäksi ja totesi, että laitokseen jouduttiin sijoittamaan tilapäisesti sairaita, joita ei voitu ottaa sairaalaan. Terveiden hoidokkien suojelemiseksi vuoden 1922 köyhäinhoitolakiin kirjattiin säännös siitä, ettei vakavasti sairasta hoidokasta saanut ilman pakottavaa syytä sijoittaa samaan huoneeseen varsinaisten hoidokkien kanssa. KM 1918:7, 101, 109; Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145, § 28, 29; Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 19.

167 Sairasosastojen paikkaluvusta ei ole saatavissa yksityiskohtaista tietoa 1900-luvun alkuvuosikymmeniltä. Eri lähteistä kootut mielisairasosastoja koskevat luvut on esitetty kuviossa 11. SVT XXI:A 18 1910, 1; SVT XXI:A 25 1920, 7–8; SVT XXI:A 35 1930, 7, 9; SVT XXIA:2 1938–40, 9–10; SVT XXIA:4 1944–46, 7–8; SVT XXIA:7 1950, 7.

Taulukko 24. Kunnalliskotien ja eri osastojen hoitopaikkojen määrä sekä hoitopaikkojen osuus kaikista kunnalliskotipaikoista (%) 1950–1982[168]

	kunnalliskoteja	yleinen osasto		sairasosasto		mielisairasosasto		yhteensä	
		hoitopaikkoja	osuus %	hoitopaikkoja	osuus %	hoitopaikkoja	osuus %	hoitopaikkoja	osuus %
1950	347	13 433	68	3 690	19	2 637	13	19 760	100
1955	379	14 817	64	5 207	23	3 015	13	23 039	100
1960	413	15 989	64	6 261	25	2 611	11	24 861	100
1965	410	16 039	64	7 290	29	1 660	7	24 989	100
1970	418	17 158	67	7 505	29	1 019	4	25 682	100
1975	411	17 381	67	7 987	31	582	2	25 950	100
1980	415	18 340	72	6 628	26	438	2	25 406	100
1982	417	18 850	74	6 161	24	370	2	25 381	100

168 SVT XXI B:24 1982, 91.

Vuoden 1922 köyhäinhoitolaki vakiinnutti kunnalliskotien mielisairasosastojen aseman laadultaan mielisairaaloita vaatimattomampana laitoksena. Uutta kuitenkin oli, että osastot määriteltiin sijoitettavaksi muusta kunnalliskodista erilleen ja että jokainen köyhäinhoitoa tarvitseva mielisairas määrättiin toimitettavaksi lääkäriin hoidontarpeen arvioimiseksi.[169] Hoidon tasoa pyrittiin edelleen korottamaan vuonna 1933, jolloin mielisairasosastot asetettiin lääkärin säännölliseen valvontaan ja potilasjoukko rajattiin muihin sairaaloihin jonottaviin ja rauhallisiin hoidokkeihin. Samanaikaisesti mielisairaaloita koskeva lainsäädäntö kuitenkin ylläpiti laitosten laatueroja, sillä mielisairasosastot jätettiin vuonna 1929 valtionavun ulkopuolelle.[170] Lisäksi vuoden 1937 uusi mielisairaslaki salli edelleen akuuttitapausten väliaikaisen sijoittamisen kunnalliskoteihin.[171] Lääkintöhallituksen mielisairaanhoito-osaston johtajan Väinö Mäkelän arvio olikin karu:

> On ilman muuta selvää, ettei [osastoja] arvostellessa voida käyttää sairaalaa mittapuuna. Ne eivät ole mitään mielisairaiden hoitoloita eivätkä ne koskaan voi muuttua niiksi.[172]

Sosiaaliministeriön tarkastuslääkäri Rakel Jalas puolestaan näki mielisairasosastot kunnalliskotien häpeäpilkkuina, sillä ulkoisestikin ne olivat vastakohtia päärakennusten kukka- ja vihannestarhojen muodostamalle keitaille:

> tiivis, korkea, maalaamaton, usein jo lahoileva seinä, (…) kulmassa oveton mukavuuslaitos, savensekaista, likaista hiekkamultaa ja (…) rikkaruohoja ja siellä täällä nurkissa, joko seisomassa tai maassa istumassa hoidokkeja yhtä harmaapukuisia kuin alla oleva maa.

169 KM 1918:7, 109–111; Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145, § 29, § 37.
170 Tavastähti 1926, 277–284; Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31.5.1929 no 269, 1; Laki köyhäinhoitolain muuttamisesta 7.4.1933 no 112, § 29.
171 Tavastähti 1926, 277–278; Mielisairaslaki 18.6.1937 no 286 § 24.
172 Mäkelä 1937, 72.

> Ei penkkiä, ei pöytää, ei yhtään kukkaa (…) tällainen kävelypiha (..) on häpeäksi koko maamme huoltolaitoksille.[173]

Jalas korosti, että olot olivat sietämättömät, etenkin kun kunnalliskodeissa hoidettiin mielisairasosastojen vuodepaikkalukuun nähden liki kaksinkertainen määrä mielisairaita ja vajaamielisiä.[174] Varsinkin sodan myötä pahentuneen paikkapulan takia kunnalliskoteihin jouduttiin sijoittamaan myös akuutteja, sairaalahoitoa kaipaavia potilaita.[175] 1950-luvulle tultaessa tilanne oli kärjistynyt siten, että vain 40 prosentille kunnalliskotiin sijoitetuista mielisairaista ja vajaamielisistä voitiin tarjota hoitopaikka asianmukaiselta osastolta ja loput sullottiin yleisille osastoille.[176]



Kuva 11. Jalasjärvellä toteutettu ratkaisu, jossa köyhäintalon mielisairasosasto sijaitsi erillään sairasosastosta ja päärakennuksesta, määriteltiin vuonna 1922 köyhäinhoitolaissa pakolliseksi (SVT XXI:B 16 1908, 13).

173 Jalas, Rakel, Ovatko kunnalliskodeissa mielisairasosastojen kävelypihat välttämättömiä? Huoltaja 18/1936, 369.
174 Jalas, Rakel, Maamme mielisairashoitoa järjestelemään. Huoltaja 3/1938, 58.
175 KM 1946:4, 88.
176 Mustala, Paavo, Vanhusten toimeentulon turvaaminen. Huoltaja 23/1951, 539.

Vuoden 1952 mielisairaslain valmisteluasiakirjoissa näkyi ihanteiden ja taloudellisten realiteettien välinen ristiriita: vaikka hoidollisesta näkökulmasta mielisairasosastot tuomittiin ja myös sosiaalihuollon asiantuntijat halusivat niistä eroon voidakseen muuttaa kunnalliskodit rauhallisiksi vanhustenkodeiksi, paikkapula johti päinvastaiseen ratkaisuun.[177] Mielisairasosastoja ei vaadittu lakkautettavaksi, vaan ajatus oli, että ne ”loppuvat ja lakkaavat itsestään” lakiin kirjatun 12 vuoden siirtymäkauden kuluessa.[178]

Mielisairasosastot kaavailtiin sijoitettavaksi vaatimattomimpien sairaaloiden C-kategoriaan, mutta kun kyseistä kategoriaa ei lopulta sisällytetty vuoden 1952 lakiin ollenkaan, mielisairasosastot sijoittuivat kunnallisten mielisairaaloiden kanssa samaan B-kategoriaan. Osastot saivat siten yllättäen mielisairaalastatuksen, mahdollisuuden hakea valtionapua ja jopa lisätä hoitopaikkojensa lukumäärää, mikäli täyttivät asetetut henkilökunta-, tila- ja hoitonormit.[179] Lääkintöhallituksen pääjohtaja Ryömä totesi päätöksen merkinneen, ettei osastoista edes vakavasti pyritty vapautumaan.[180] Rakel Jalas kuitenkin puolusti hoidon tasoerojen säilyttämistä vedoten kroonikkohoidon erilaisten vaatimusten ohella taloudelliseen säästöön sekä terveille kansalaisille asetettavaan etusijaan:

> Jos edelleen kehittelemme tätä optimistista ja idealistista suunnitelmaa nim. että kaikki mielisairaat sijoitetaan mielisairaaloihin, merkitsee se sitä, että terveet, yhteiskunnassa työskentelevät ns. produktiiviset yksilöt saavat vastaavasti edelleen yhä vuosikym-

177 KM 1943:7, 9–10; KM 1949:7, 60–61; Mustala, Paavo, Vanhusten toimeentulon turvaaminen. Huoltaja 23/1951, 539–540; VP 1952, PK I, 42–43, 170–171; Rauhala 1996, 114–119.

178 VP 1951, A III:1, Talousvaliok. miet. no 6, 1; VP 1952, PK I, 174; Särkilahti Gurli, Uusi mielisairaslaki sosiaalihuollon näkökulmasta. Saik 5–6/1954, 163–169; Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187, § 51.

179 LV 1947:4, 10–12; Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187, § 5, § 41; Laki mielisairaslain muuttamisesta 27.7.1955 no 366; Särkilahti, Gurli, Valtionavun saanti kunnalliskotien mielisairasosastoille. Huoltaja 24/1954, 658–662; Ahtee Aaro, Mielisairaanhoito ja sosiaalihuolto. Huoltaja 23/1952, 583, 585.

180 VP 1955, Liitteet VI, 1, Lak. al. no 38.

meniä odottaa mm. heidän ja heidän synnyttämiensä perheiden asuntokysymyksen ratkaisussa todellisia tuloksia.[181]

Käytännössä kunnat saattoivat uuden lain myötä päättää, tarjosivatko B-tasoista hoitoa mielisairaalassa vai kunnalliskodin osastolla. Periaatteellinen ero oli ainoastaan se, että kunnalliseen mielisairaalaan voitiin ottaa kuka tahansa hoitoa tarvitseva kuntalainen, mutta mielisairasosastoihin oli lupa ottaa vain köyhäinhoidon tarpeessa olevia; käytännössä kuitenkin laitosten tiedettiin hyväksyneen myös itsemaksavia potilaita.[182] Lakia valmistellut komitea halusi jättää lopullisen harkintavallan kunnille, mutta komitean puheenjohtaja asettui tasa-arvonäkökohtiin vedoten suosittelemaan mielisairaaloita:

> Mielisairaalalinja omaksuttaessa voidaan täten välttää se arvostelu, mikä mahdollisesti kohdistuu samanlaisten sairaiden erilaiseen käsittelemiseen heidän varallisuudestaan riippuen.[183]

Kunnalliskotiosaston säilyttäminen tai sen kehittäminen B-sairaalan tasoiseksi laitokseksi ei muotoutunut yleiseksi käytännöksi, vaan tavallisin ratkaisu oli, että kunnat rakensivat yhteisvoimin uuden B-sairaalan ja sulkivat kunnalliskotinsa mielisairasosaston.[184] Vuonna 1954 lääkintöhallituksen pääjohtajana aloittanut Niilo Pesonen kuvaili muistelmissaan kunnalliskotien ja B-sairaaloiden tasoeroa dramaattiseksi:

> Kun tarkastusmatkojeni yhteydessä kävin myös kunnalliskotien mielisairaanhoito-osastoissa, palasin sieltä yleensä ahdistunein mielin. Monet sinne säilytettäviksi suljetut potilaat rukoilemalla rukoilivat apua. Heidän kohtalonsa oli todella järkyttävä. Kun

181 Jalas Rakel, Kunnallisten viranomaisten osuus mielisairaanhoidon järjestelyssä. Huoltaja 5–6/1952, 126–127.
182 Ahtee Aaro, Mielisairaanhoito ja sosiaalihuolto. Huoltaja 24/1952, 618–622; Tarasti 1956, 139; Jyrkinen 2005, 38.
183 Ahtee Aaro, Mielisairaanhoito ja sosiaalihuolto. Huoltaja 24/1952, 620–622.
184 Kunnalliskodit 1961, 97; Toppari 1977, 826–827. Esim. Rapila 1973, 247–248; Törrönen 1982, 102–103.

> näiden hoidokkien joukossa oli nuoria, vieläpä lapsiakin, ja kun kunnalliskotien koko elämä tällaisten osastojen takia muodostui rauhattomaksi, ymmärtää jokainen kiireellisten uudistusten tarpeellisuuden.[185]

> Kaikissa B-sairaaloissa, joihin matkallani poikkesin, oli ilmapiiri erittäin valoisa, ja hoitohenkilökunta lääkärien johdolla teki kaikkensa potilaiden aktivoimiseksi. Potilaat näyttivät olleen myös tyytyväisiä oloonsa, eikä ketään ollut unohdettu omaan soppeensa.[186]

Köyhäinhoitolain korvannut vuoden 1956 huoltoapulaki tuki osaltaan mielisairaiden kunnalliskotisijoitusten vähentämistä, sillä mielisairasosaston perustamista kunnalliskotiin ei enää määritelty pakolliseksi. Lisäksi mielisairaiden hoidokkien sijoittaminen kunnalliskodin muille osastoille kiellettiin.[187] Vuonna 1964 mielisairaslain tarkistamiskomitea ehdotti aktiivisten hoitomahdollisuuksien puuttumiseen vedoten mielisairasosastojen sulkemista viiden vuoden määräajassa, mutta prosessi eteni hitaammin. Viimeiset 370 hoitopaikkaa suljettiin vuonna 1982, mutta kunnalliskodin muilla osastoilla oli edelleen tätä lukua suurempi joukko mielisairaanhoidon piiriin kuuluvia potilaita.[188]

Kunnalliskodeista kaavailtiin huokeaa ratkaisua myös tuberkuloottisten hoitopaikkapulaan. Vuonna 1934 kunnalliskoteihin ja -sairaaloihin laskettiin sijoitetun noin 500 vaikeasti sairasta tuberkuloottista, mutta tartunnanvaaran ja lääkärinhoidon puutteen takia käytäntöä ei pidetty suotavana. Vuonna 1947 tuberkuloosilakiesityksessä ehdotettiin erityisten tuberkuloosiosastojen perustamista sekä kunnalliskoteihin että kunnansairaaloihin. Eduskunnan talousvaliokunta katsoi kuitenkin, etteivät kunnalliskotien tuberkuloosiosastot vastanneet tarkoitustaan eikä niiden perustamista ollut syytä edistää valtionavun turvin. Laki salli näin ollen ainoastaan kunnansairaalaan

185 Pesonen 1973, 93.
186 Pesonen 1973, 98.
187 KM 1949:7, 61; Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 19–20
188 KM 1964:B 9, 22–23, 54–55. Vuoden 1977 laki salli edelleen mielisairasosastot: Laki mielisairaslain muuttamisesta 23.6.1977 no 521, § 5; Toppari 1977, 828–829; SVT XXI B:24 1982, 89, 91; SVT XXI B:25 1983, 88.

perustettavat osastot eikä tuberkuloosialalle rakentunut kahden hallinnonalan hoitojärjestelmää.[189]

Kunnalliskotien roolia kasvatettiin yleissairaaloiden täydentäjänä 1940-luvulta lähtien. Vuonna 1941 kirjatun yleissairaalasuunnitelman mukaan varsinaisten sairaaloiden rinnalle tarvittiin vaatimattomia C-sairaaloita lievästi sairaille, toipilaille, paikkaa jonottaville ja parantumattomille.[190] Sairasosastoja oli tuolloin rakennettu kuntien omasta aloitteesta jo liki joka toiseen kunnalliskotiin, ja niiden määrä ylitti jo mielisairasosastojen määrän (taulukko 23). Vuonna 1946 huoltolakien tarkastuskomitea piti saatuja kokemuksia sairasosastoista myönteisinä ja komitean ehdotuksen mukaisesti vuoden 1956 huoltoapulaissa sairasosaston perustaminen määriteltiin kunnille pakolliseksi. Vain lähellä kunnalliskotia sijaitseva kunnallissairaala teki komitean näkemyksen mukaan kunnalliskodin sairasosaston tarpeettomaksi. Sairasosastoa ei rajattu yksinomaan kunnalliskodissa sairastuneiden hoitopaikaksi, vaan sinne voitiin ottaa väliaikaisesti muitakin avun tarpeessa olevia, jotka jonottivat sairaansijaa muualta.[191] Kun samalla sairaalalainsäädäntö kielsi pitkäaikaispotilaiden hoidon yleissairaaloissa, kunnalliskotien sairasosastot vakiintuivat kroonikoiden sijoituspaikoiksi.[192]

Enimmillään 1970-luvun puolivälissä miltei kolmannes kunnalliskotikapasiteetista oli sairasosastojen käytössä. Osastoilla annetun hoidon alhaisesta tasosta kertoo kuitenkin se, että vuonna 1950 vain kolmanneksessa sairasosastoista oli koulutettu sairaanhoitaja, ja että 1960-luvulla vain noin neljännes sairasosastopaikoista tulkittiin lääkintöhallituksen tilastoissa yleissairaaloiden tasoisiksi hoitosijoiksi.[193] Tilanne herätti kysymyksen siitä, voitiinko hoitoresurssien alhaista tasoa perustella hoidokkien sairauksien kroonisella luonteella ja oliko

189 Jalas, Rakel, Keuhkotuberkuloosia potevien hoidokkien sijoittamisesta kunnalliskoteihin. Huoltaja 2/1936, 30–32; KM 1939:9, 106–108; Savonen 1941, 40–41; KM 1943:7, 53–54, 72; KM 1946:4, 87; VP 1947, A III:1, Hall. es. no 173, 5–6, Talousvaliok. miet. no 24, 2; Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649, § 7.

190 Pelkonen, Aarne, Ehdotus valtion sairaalain rakennussuunnitelmaksi. SLA 4/1941, 342–343.

191 KM 1946:4, 86–88; Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 19, § 21.

192 Esim. VP 1961, Liitteet VII, 41, Toiv. al. no 218; KM 1970:B 76; Paasivaara 2002, 66.

193 Kunnalliskodit ja niiden hoidokit. Huoltaja 17/1951, 373. Esim. SVT XI:64 1961, 89, 110–111; SVT XI:68 1965, 180; SVT XI:72–73 1969–70, 293.

ylipäätään hyväksyttävää, että varattomalle väestölle suunnatut osastot tarjosivat laadultaan muita sairaaloita heikompaa hoitoa. Sosiaalialan ammattilehti Huoltaja nosti 1950-luvulla vertailukohdaksi Ruotsin, jossa tavoitteena oli kroonikkojen hoidon kytkeminen yleisen sairaanhoidon osaksi. Lehden mukaan Ruotsissa korostettiin, ettei köyhäinhoidon saajia saanut erotella eri laitokseen tai eri tavalla hoidettavaksi kuin muita kansalaisia.[194] Kunnalliskotien sairas- ja mielisairasosastoista käytyyn keskusteluun kytkeytyikin kiinteästi kysymys potilaan varallisuuden ja hoidon laadun yhteydestä sekä yhteiskunnan tukeen oikeutettujen kansalaisten määrittelystä ja asemasta.

194 Tötterman, Lars, Kroonikkojen laitoshoito – ajankohtainen kysymys. Huoltaja 13–14/1951, 295–301.

3. VASTAVUOROISUUS JA KOHTUUS OIKEUKSIEN JA PAKKOJEN PERUSTANA

Tulonsiirrot ja ajatus kattavasta sosiaalivakuutuksesta modernin sosiaalipolitiikan alkuna

Keskustelua kansalaisten oikeuksista ja yhteiskunnan velvollisuudesta osallistua terveyskulujen korvaamiseen sekä sairausajan toimeentulon järjestämiseen käytiin 1920-luvulta lähtien uudenlaisesta lähtökohdasta. Periaatteessa täysin uutta ajattelua edusti vuonna 1920 säädetty tulo- ja omaisuusverolaki, jossa siirryttiin progressiiviseen, tulojen perusteella määräytyvään valtion verotukseen. Pertti Haapala on korostanut muutoksen merkittävyyttä sikäli, että samalla hyväksyttiin näkemys tulonsiirroista sosiaalisen tasa-arvon turvaajana. Siten kansalaiskasvatukseen perustuvan reformiajattelun rinnalle alkoi rakentua ajatus modernista valtiollisesta sosiaalipolitiikasta.[195]

Sosiaaliministeriön kansliapäällikkö Niilo Mannio korosti vuonna 1936, että kun suurin osa sairaista ja työkyvyttömistä oli yhteiskunnan avun tarpeessa, ”varakkaiden ja työkykyisten on pääasiallisesti verojen muodossa luovutettava huomattava osa ansioistaan näiden

195 Laki tulo- ja omaisuusverosta 3.8.1920 no 207; Haapala 1995, 180–181, 248, 254.

kovaosaisten huoltoon käytettäväksi”.[196] Perheen terveydentila otettiin huomioon verotuksessa siten, että vuodesta 1920 alkaen tietyt vuositulorajat alittaville voitiin sairauden tai tapaturman takia myöntää joko täydellinen verovapaus tai veronalennus. Verotettavasta tulosta oli niin ikään lupa vähentää pakollisia eläke- ja sairauskassamaksuja sekä sairaus- ja tapaturmavakuutusmaksuja.[197] Kun vähennysoikeus ulotettiin vuonna 1947 lääkärikuluihin ja vuonna 1948 lääkekuluihin, itse verojärjestelmä toimi merkittävänä sairauskulujen tasaajana – tosin vain niiden osalta, joilla oli verotettavaa tuloa.[198]

Avustuskassamaksujen verovähennysoikeutta saattoivat hyödyntää ennen muuta teollisuuden palkkatyöntekijät, joista kaksi kolmasosaa kuului 1930-luvulla tehdaskassoihin. Koko ammatissa toimiva väestö mukaan lukien jäsenistön osuus jäi kuitenkin 1940-luvun alussa kuuteen prosenttiin, joten avustuskassat olivat vain harvojen etuoikeus (taulukko 25).[199] Ainoa pakollinen sosiaalivakuutus eli työnantajan maksama työväen tapaturmavakuutus koski niin ikään vuosisadan taitteessa vain kaupunkien teollisuustyöväestön palkansaajia, mutta vuosina 1917, 1925 ja 1935 tehtyjen lakiuudistusten jälkeen sen piiriin kuuluivat miltei kaikki ruumiillisen työn tekijät. Vuonna 1917 vakuutus turvasi enintään neljän kuukauden ajan lääkäri- ja sairaa-

196 Mannio, Niilo, Vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutus. Huoltaja 17/1936, 330.

197 Vuonna 1920 säädetyn lain mukaan veronmaksukyvyn olennaisesti alennuttua oman tai läheisen henkilön sairauden tai tapaturman takia henkilölle voitiin myöntää täydellinen verovapaus, jos tulot olivat alle 6 000 mk ja olosuhteet erittäin säälittävät. Jos tuloja oli korkeintaan 20 000 mk, verotettavaa tuloa voitiin alentaa kolmanneksella. Tulosta sai vähentää tapaturma- ja sairausvakuutusmaksuja sekä pakollisia avustuskassamaksuja. Laki tulo- ja omaisuusverosta 3.8.1920 no 207, § 13, § 22. Vuoden 1943 verolain mukaan verotuksesta sai vähentää myös kansaneläkemaksuja. Lisäksi veronmaksukyvyn olennaisesti alennuttua oman tai läheisen henkilön sairauden tai tapaturman tähden oli mahdollista harkinnan mukaan vähentää enintään 20 000 markkaa. Tulo- ja omaisuusverolaki 19.11.1943 no 888, § 29.

198 Laki tulo- ja omaisuusverolain muuttamisesta 1.11.1946 no 822, § 29; Laki tulo- ja omaisuusverolain väliaikaisesta muuttamisesta 10.12.1948, no 839, § 29. Vuonna 1947 lääkärinkuluja sai vähentää enimmillään 30 000 mk. Valtiovarainministeriön päätös tulo- ja omaisuusverotuksessa lääkärinkulujen tähden tehtävästä tulon vähennyksestä 10.1.1947 no 15. Vuonna 1952 lääkäri- ja lääkekulujen enimmäismäärä oli 50 000 mk. Valtiovarainministeriön päätös tulo- ja omaisuusverotuksessa lääkärin- ja lääkekulujen tähden tehtävästä tulon vähennyksestä 8.1.1952 no 8.

199 Jaakkola 1993, 40, 47.

lahoidon, lääkkeet, hoitotarvikkeet ja apuvälineet. Ansiosidonnaista päivärahaa maksettiin yhtä lailla enimmillään neljän kuukauden ajan, sen sijaan pysyvän työkyvyttömyyden perusteella maksettiin vuotuinen vahingonkorvaus. Vuodesta 1925 lähtien vakuutus kattoi jo vuoden kestävän sairashoidon sekä päivärahan. Laajenneen vakuutusturvan vastapainona korostettiin, että työtekijä oli velvollinen alistumaan lääkärin määräämään hoitoon – hengenvaarallisia leikkauksia lukuun ottamatta.[200] Se, että työväen tapaturmavakuutuslain pohjalta korvattiin 1920-luvun lopulla vain 9 prosenttia kunnansairaaloiden hoitomaksuista, kertoo kuitenkin vakuutuksen yhteiskunnallisen merkityksen vähäisyydestä.[201]

Taulukko 25. Sairaus- ja eläkekassojen, työtapaturmavakuutuksen sekä kansaneläkkeen piiriin kuuluvien henkilöiden määrä 1900–1960[202]

vuosikeskiarvo	sairauskassojen jäseniä	eläkekassojen jäseniä	vuosi	työtapaturmavakuutuksen piiriin kuuluvia henkilöitä	kansaneläkelain piiriin kuuluvia henkilöitä
1900-09	37 900	10 000	1900	68 000	
1910-19	48 300	11 900	1910	100 000	
1920-29	65 500	13 400	1920	281 000	
1930-39	81 900	17 100	1930	572 000	
1940-49	122 900	29 800	1939	740 000	
1950-59	136 900	42 200	1942	622 000	1 900 000
			1945	672 000	2 100 000
			1950	857 000	2 200 000
			1955	974 000	2 300 000
			1957	1 011 000	…
			1960	1 146 000	…

200 Asetus työväen tapaturmavakuutuksesta 5/18.8.1917 no 64; Työväen tapaturmavakuutuslaki 17.2.1925 no 271, § 8–9, § 17; Työntekijäin tapaturmavakuutuslaki 12.4.1935 no 152, § 5–16, § 22; Alestalo 1990, 339–360; Harjula 1996, 170–171.
201 Palmén, E., Suomen kunnansairaalalaitos 50-vuotias. SLAk 6/1932, 317.
202 Pellinen 1995, 183; Jaakkola 1993, 54–55; STV 1952, 172; STV 1957, 183.

Kun Suomessa 1920–1930-luvuilla suunniteltiin kansalaisten sairauden ja vanhuuden turvan järjestämistä sosiaalivakuutuksen keinoin, kysymys vakuutuksen kohdejoukosta jakoi mielipiteitä. Sosiaalivakuutuskomitean vuonna 1921 esittämä suunnitelma irtautui yksinomaan palkkatyöväestöön keskittyvästä linjasta. Lähestymistavaltaan uudentyyppinen, kaikkia yli 16-vuotiaita koskeva, äitiys-, sairaus-, työkyvyttömyys- ja eläketurvan sisältänyt kansanvakuutussuunnitelma arvioitiin jopa kaikkia muissa maissa toteutettuja järjestelmiä laajemmaksi.[203] Vakuutusmaksuvelvollisuus kaavailtiin ulotettavaksi kaikkiin kansalaisiin, mutta etuuksia oli tarkoitus maksaa vain niille, jotka olivat taloudellisen tuen tarpeessa. Ajatus järjestelmästä, jossa varattomat olisivat saaneet etuudet valtion varoista, hylättiin. Komitea painotti vakuutusmaksujen kasvattavaa merkitystä.[204]

Ehdotus kansanvakuutuksesta kuitenkin kariutui ja sen sijaan pelkästään palkkatyöväestöön kohdistuva, pakollinen ja ansiosidonnainen sairausvakuutus oli 1920-luvun lopulla erittäin lähellä toteutumista. Päätöksentekojärjestelmän määrävähemmistösäädösten takia lain hyväksyminen lykkääntyi vaalien yli ja vuonna 1929 koko esitys hylättiin. Lain vastustajiin liittyivät tuolloin kommunistit, jotka näkivät reformin vaarantavan vallankumouksen.[205] Lääkintöhallitus piti lakiehdotusta työ- ja ansiokykyä lisäävänä sekä yleistä terveydenhoitoa edistävänä, mutta painotti vakuutuksen väärinkäytön kitkemistä ja vaati ehdotuksen ulkopuolelle jäävien vähävaraisten tilanteen huomioimista.[206]

Sairausvakuutuslakiehdotuksen laskettiin koskevan noin 310 000–360 000 suomalaista.[207] Eduskuntakäsittelyssä tuotiin huoli kohdejoukoltaan rajoitetun vakuutuksen synnyttämästä yhteiskunnallisesta kateudesta ja tyytymättömyydestä, ja kokoomuksen Yrjö Pulkkinen korosti, ettei vakuutuksen piiriin kuuluvien sairaushuolto

203 VP 1922, Liitteet IX, 8, Anom. ehd. no 123, 442.
204 Haatanen 1992, 171–174; Mattila 2011, 69–71.
205 VP 1927, A I, Hall. es. no 2; Haatanen 1992, 176–183; Kangas 2003, 97; Kangas 2006a, 316–319; Mattila 2011, 70–79; Niemelä 2014, 46, 58–62. Vasemmistopuolueiden ja ammattiyhdistysliikkeen sisäisistä jännitteistä ks. Kettunen 1986.
206 VP 1929 II, A I, Työväenasiainvaliok. miet. no 2, liite, 12–13.
207 VP 1929 II, A I, Työväenasiainvaliok. miet. no 2.

saanut olla tasoltaan korkeampi kuin ”mitä köyhillä yhteiskuntapiireillä yleensä on varaa ja tilaisuutta itselleen kustantaa”.[208] Myös sairauspäivärahan määräytyminen vakuutetun ansioiden perusteella herätti keskustelua. Työväen ja pienviljelijöiden vaaliliiton Emil Tabell piti lähtökohtaa täysin häpeällisenä ja köyhimpien etujen vastaisena:

> Kuta pienempipalkkainen, kuta kurjemmasti taloudellisesti toimeentuleva perheensä tai itsensä huoltaja on joutunut sairasvuoteelle, niin sitä pienempi on myöskin hänen saamansa sairausavustus (…) Minusta tuntuu siltä, että herroilta sosiaalidemokraattisilta ministereiltä on jo kokonaan unohtunut ajaa edes nimellisesti köyhimpien etuja (...)[209]

Sosiaaliministeri Johan Helo (sd.) vetosi kuitenkin tuolloin muiden maiden esimerkkiin: päivärahojen ansiosidonnaisuus oli yleinen menettely, ”jota vastaan ei ole tehty huomautusta muissa maissa”.[210]

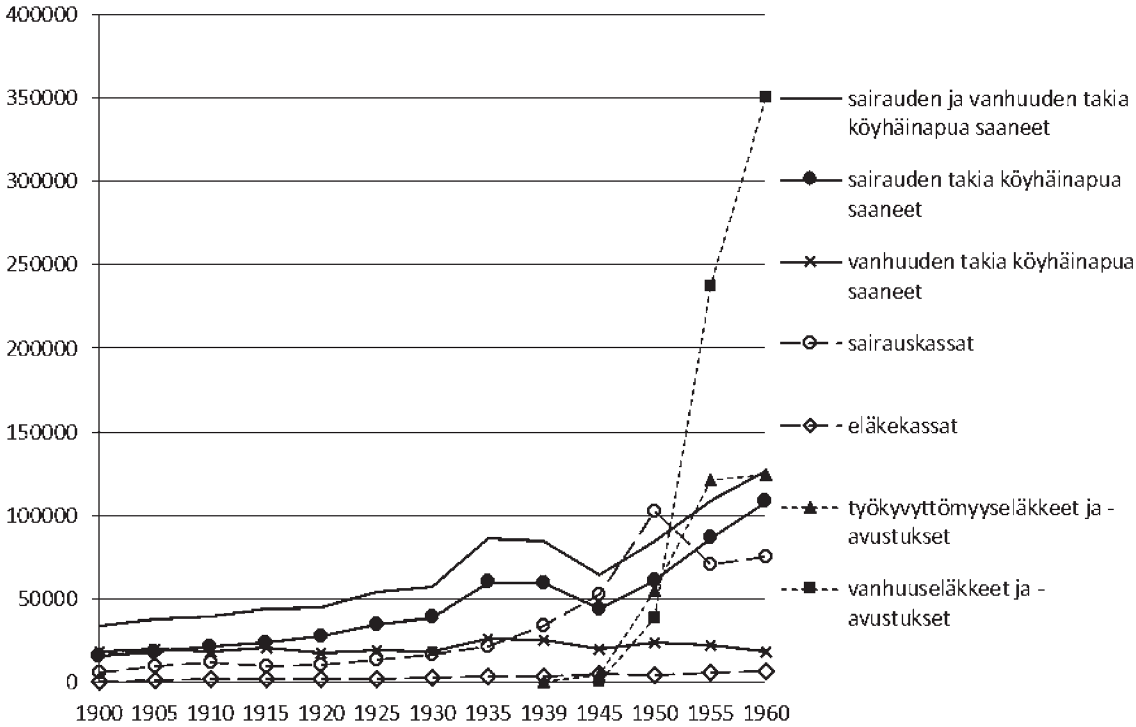
Sairausvakuutuksen sijaan Suomessa saatiin hyväksyttyä vuonna 1937 kansaneläkelaki, joka rakentui koko kansan vakuuttamisen periaatteelle. Kai Häggman on korostanut, että kun vanhuuden ja työkyvyttömyyden ongelmat koskettivat kaikkia yhteiskuntapiirejä yhtä lailla, hankkeelle oli helpompi saada kannatusta kuin yksinomaan palkkatyöväestöä koskeville aloitteille – etenkin, kun kansaneläkkeen korostettiin vähentävän kuntien köyhäinhoitomenoja. Kun oikeus eläkkeeseen määräytyi vakuutetun suorittamien maksujen mukaan, pakkosäästämiseen kytkeytyvä oman avun periaate sai myös vastikkeettoman avun antamista vastustavat tahot tukemaan uudistusta. Matti Hannikainen on todennut, että tältä osin eläke ilmensi ”liberaalin ja talonpoikaisen Suomen visiota itsestä huolehtimisesta”. Sosiaalidemokraattien kannattama, valtion ja kuntien varoista vähävaraisille maksettu, vakuutusmaksuista riippumaton lisäeläke merkitsi kuitenkin

208 VP 1926, PK II, 2233–2234.
209 VP 1926, PK II, 2236. Myös: VP 1928 I, PK I, 783–784.
210 VP 1926, PK II, 2239.

askelta vastikkeettoman sosiaaliavustuksen suuntaan. Lakia onkin pidetty alkuna köyhäinhoitoajattelun väistymiselle.[211]

Ensimmäiset työkyvyttömyyseläkkeet maksettiin vuonna 1942 ja ensimmäinen 65 vuotta täyttänyt ikäluokka pääsi vanhuuseläkkeen piiriin vuonna 1949. Uusi eläkejärjestelmä herätti kuitenkin alkuun epäluuloja eivätkä työkyvyttömät ja iäkkäät elätiksi leimautumisen pelon takia edes anoneet heille kuuluvaa eläkettä. Myös vakuutusmaksuja pyrittiin välttelemään, etenkin kun alkuvuosien eläkkeet eivät riittäneet minimitoimeentulon turvaamiseen.[212] Vasta 1950-luvun aikana kansaneläke vakiinnutti asemansa ja nousi samalla määrällisesti tarkasteltuna köyhäinhoitoa merkittävämmäksi työkyvyttömyyden ja ikääntymisen aiheuttamien toimeentulomenetysten korvaajana (kuvio 13). Kun kansaneläkelain voimaantullessa etuuksien ulkopuolelle rajattiin 55 vuotta täyttäneet ja pysyvästi työkyvyttömät[213] ja myös lyhytaikaiseen sairastumiseen liittyvien hoitomaksujen ja toimeentulo-ongelmien kattava vakuutuspohjainen kokonaisratkaisu puuttui edelleen, ongelmaa pyrittiin 1920–1950-lukujen aikana ratkaisemaan pala palalta luomalla erillisiä, yksittäisiin terveysongelmiin liittyviä tuki- ja etuusjärjestelmiä.

211 Haatanen 1992, 183–191; Häggman 1997, 15–25; Kangas 2006a, 253–256; Hannikainen 2012c, 481.
212 Häggman 1997, 15, 24, 54–55.
213 Häggman 1997, 24; Kaila, Martti, Työkyvyttömyyttä aiheuttavien tautien esiintymistiheys Suomessa. SAik 5/1941, 275–288.



Kuvio 13. Köyhäinhoidon ja muiden avustusmuotojen kautta avustuksia ja etuuksia sairauden ja vanhuuden takia saaneet henkilöt 1900–1960[214]

Vähävaraisuus-käsite, ilmaishoito ja tuen rajojen uudelleenmäärittely

Vaivaishoitoasetuksen korvannut köyhäinhoitolaki (1922) rajasi kuntaa velvoittavan avun piiriin ainoastaan varattomat, mutta terveyspalveluita koskevissa säädöksissä alkoi 1920-luvulta lähtien esiintyä varattomuuden rinnalla sosiaalipoliittisissa kirjoituksissa käytetty käsite

214 Eri tilastointikäytäntöjen takia lukuja voi pitää ainoastaan suuntaa-antavina. Avustuskassoista puuttuvat sairaus- ja hautausapurenkaat, joiden avustustapaukset ylsivät enimmilläänkin alle 3000:een. Eläkekassojen avustustapauksiin sisältyvät vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeiden lisäksi leski- ja orpoeläkkeet. Sairauskassojen avustustapauksiin sisältyvät vuodesta 1952 alkaen vain päivärahaa ja sairaalahoidon kustannuksia saaneet. STV 1912, 544–546; STV 1922, 252–254; STV 1942, 318; STV 1946–47, 198–199; STV 1952, 172–173; STV 1957, 172–173; STV 1963, 297; Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1973, 39; SVT XXI A:8–40 1900–1935; SVT XXI A:2 1938–40; STV 1946–47, 214; STV 1952, 188; STV 1958, 281; STV 1962, 297.

vähävaraisuus.[215] Tämä terminologinen muutos merkitsi yhteiskunnan tukeen oikeutettujen joukon ulottamista köyhäinhoitolakia laajemmalle. Konkreettisimmin ajattelutavan murros kirjautui näkyviin kätilölain valmisteluasiakirjoissa: vuonna 1919 annetun lakiesityksen mukaan kunnan tuli korvata vain *vaivaisapua nauttiville henkilöille* annettu synnytysapu, mutta avustusvelvollisuus säädettiin vuonna 1920 koskemaan *varattomia ja vähävaraisia*.[216]

Kätilöavun tavoin kunnanlääkärin maksuttoman avun piiri ulotettiin vuonna 1921 vähävaraisiin ja yhtä lailla valtion sairaaloiden vapaasijat ja poliklinikat avattiin varattomien ohella vähävaraisille vuonna 1937.[217] Vapaasijojen osalta muutosta perusteltiin sillä, että vähävaraiset tarvitsivat hoitosijoja yhtä hyvin kuin varattomatkin – eikä muutos edes tuonut lisäkuluja paikkaluvun pysyessä ennallaan.[218] Ilmaishoidon piirin laajentaminen kertookin siitä, että yhteiskunnassa alettiin havahtua köyhäinhoidollisen varattomuusavun ulkopuolelle jäävän, niukoissa oloissa elävän kansanryhmän tukalaan taloudelliseen tilanteeseen.[219]

Apuun oikeutettujen joukkoa laajentavan merkityksen rinnalla vähävaraisuus-käsitteelle rakentui lainsäädännössä myös toinen tulkintatapa, jossa vähävaraisuus määrittyi köyhäinhoidon piiriin kuuluvista avustetuista täysin erilliseksi, erityiseen apuun oikeuttavaksi kategoriaksi. Esimerkiksi vuonna 1929 tuberkuloosiparantoloiden vapaasijat kohdistettiin varattomille ja vähävaraisille, joita ”ei hoideta kunnallisen köyhäinhoidon kustannuksella”. Äitiysavustusta puoles-

215 Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145, § 1; Nieminen 1984, 65–67.

216 VP 1919, A II, Hall. es. no 30, 3, Talousvaliok. miet. no 11, 4, 6, Suuren valiok. miet. no 45, 2; Laki kätilöiden asettamista maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta 6.2.1920 no 18, § 4.

217 Suomen kunnanlääkärien malliohjesääntö. SLA 3/1922, 55. Vuonna 1930 80 prosenttia kunnista oli hyväksynyt malliohjesäännön. Levä 2010, 248; Asetus sisältävä valtion sivilisairaalain ohjesäännön. 4.12.1931 no 335, § 19; Asetus valtion siviilisairaalain ohjesäännön sisältävän asetuksen muuttamisesta 14.5.1937 no 200, § 19; Asetus sisältävä valtion siviilisairaalain ohjesäännön 16.6.1938 no 242, § 21. Vuonna 1953 sairaalan poliklinikat määriteltiin maksullisiksi. Asetus valtion siviilisairaalain ohjesäännön sisältävän asetuksen muuttamisesta 23.12.1953 no 537, § 21, 23.

218 Lavonius, Herman Valtion sairaaloiden vapaapaikkojen käyttämisestä ja maksujen perimisestä. Huoltaja 2/1938, 33.

219 Noro 1957, 21.

taan myönnettiin vuodesta 1937 alkaen vain niille vähävaraisille, jotka eivät olleet ”köyhäinhoidon täydessä huolenpidossa”.[220] Vähävaraisen siirtoväen huollon piiristä erillisen lainsäädännön kohteeksi erotettiin niin ikään pohjakerrokseksi luonnehdittu ryhmä eli ne, jotka olivat köyhäinhoitolain tai muun huoltolain pohjalta pysyvän (laitos)huollon tarpeessa.[221] Köyhäinavun kohteet voitiin näin ollen mieltää erityiseksi kansalaisryhmäksi, joka toimeentulon pohjimmaisena luokkana suljettiin uusien yhteiskunnallisten etuuksien ulkopuolelle.[222] Köyhäinhoitolaisten ulossulkeminen viittaa siihen, että niillä, jotka edes vähäisellä omalla panoksellaan ponnistelivat itsensä elättämiseksi ja osallistuivat yhteiskunnan rakentamiseen, katsottiin olevan oikeus saada enemmän tukea – tai erilaista tukea – kuin niiden, jotka olivat yksinomaan yhteiskunnan taakkana ja rasituksena. Vuonna 1949 huolto-ohjelmakomitea korostikin, että:

> Sellainen henkilö, joka itse työnteolla tai muilla tarjolla olevilla laillisilla keinoilla pyrkii myöskin omatoimisesti turvaamaan toimentuloaan, ansaitsee yhteiskunnan taholta avustusta jonkin verran lievemmin edellytyksin kuin henkilö, joka jo alunperin tykkänään jättäytyy yhteiskunnan niskoille.[223]

Vähävaraisuus-kategoria jäi äitiysavustuslaissa varsin lyhytaikaiseksi, vuosina 1937–1941 sovelletuksi käsitteeksi. Kun termi poistettiin kokonaan vuonna 1941, avun saajat alettiin rajata veroäyrien perusteella, koska hallituksen mukaan oli tarpeetonta ”rinnastaa tämä

220 Asetus kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31 päivänä toukokuuta 1929 annetun lain toimeenpanosta 31.7.1929 no 270, § 9; Tuberkuloosilaki 3.9.1948, § 23, § 26; Äitiysavustuslaki 24.9.1937, § 1 § 9.

221 Siirtoväestä erotettiin käsitteellisesti ns. sotasiirtolaiset, joiden huollon pohjana oli köyhäinhoito-, lastensuojelu-, alkoholisti- tai irtolaislaki taikka laki avioliiton ulkopuolella syntyneistä lapsista. Sotasiirtolaishuolto antoi mahdollisuuden avun takaisinperintään ja vei pysyvänä laitossijoituksena äänioikeuden ja vaikutti muutoinkin huollettavan kansalaisasemaan. Kastari 1965, 2–5, 69–73, 164–169; Kekkonen 1940, 28–30; Kekkonen 1941, 57–59.

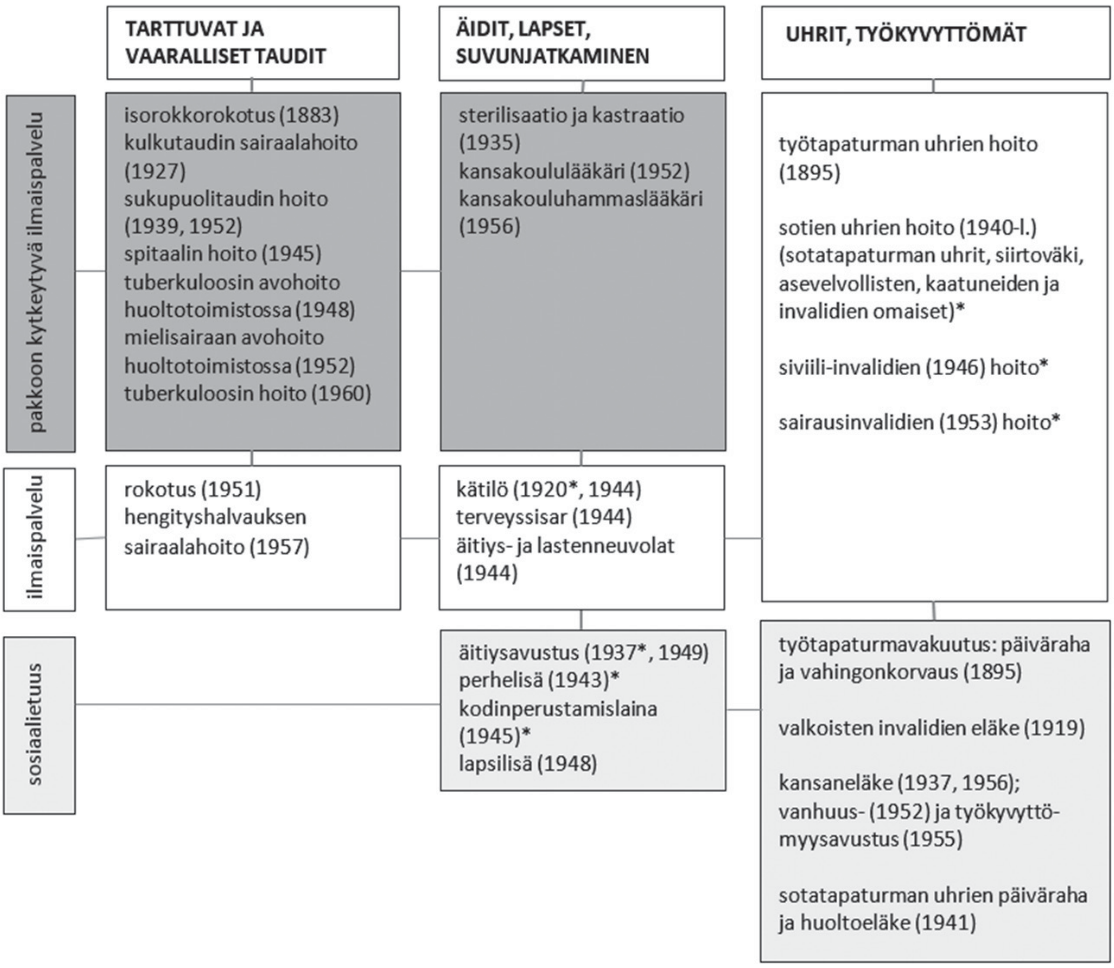
222 Perheentupa 1988, 22–23.

223 KM 1949:7, 48.

avustus köyhäinapuun".[224] Vähävaraisuus-käsitteen pelättiin siis luovan avustukselle köyhäinavun kaltaista stigmatisoivaa ja häpeällistä leimaa, kun taas verojärjestelmän hyödyntäminen koettiin neutraaliksi toimeentuloavun mittapuuksi. Vähävaraisuus-käsite voidaankin nähdä tältä osin välivaiheena, joka avasi tietä varallisuuteen pohjaavan tarveharkinnan perusteiden laventamiselle – ja siitä luopumiselle.

Samanaikaisesti kun yhteiskunnan avun kohteena oleva joukko laajeni, yleistyivät käyttäjälle täysin maksuttomat terveyspalvelut. Lainsäädäntökehityksen pohjalta voidaan erottaa kolme erilaista oikeuksien, velvollisuuksien ja pakon rajoja määrittelevää kehityskulkua (kuvio 14). Ensinnäkin tartuntatautien hallinnassa terveyspalveluiden maksuttomuus kytkeytyi pääsääntöisesti yksilön velvollisuuteen alistua hoitoon. Äitien ja lasten terveyteen liittyvien pakkotoimien rinnalle puolestaan rakennettiin ensimmäiset täysin vapaaehtoiseen hoitoonhakeutumiseen perustuvat maksuttomat palvelumuodot, joiden tueksi luotiin uudenlaisia sosiaalietuuksia. Kolmantena kokonaisuutena oli työkyvyttömiksi joutuneiden huolto ja hoito, jossa painopisteeksi nousi ansioiden menetyksen korvaaminen vakuutuksen ja avustuksen kautta. Äitiys ja työkyvyttömyys nähtiin sosiaalisiksi riskeiksi ja näiden riskien kohtaamien uhrien auttaminen määrittyi yhteiskunnalliseksi kunniavelaksi. Sen sijaan tarttuvia tauteja kantavat miellettiin yhteiskunnan uhkaksi, jonka taltuttamiseen oltiin valmiit pakkokeinoin. Tarkastelen seuraavissa luvuissa yksityiskohtaisemmin, millaisia kansalaisuuden kategorioita pakon, suostuttelun ja kunniavelkojen määrittelyn pohjalta muotoutui ja millaisia palvelu- ja etuusratkaisuja luotiin aikakautena, jolloin koko sosiaaliturvajärjestelmälle haettiin uutta suuntaa ja muotoa.

224 VP 1940, PK I, 164; VP 1941, A I, Hall. es. no 21, 1–2; Äitiysavustuslaki 13.6.1941 no 424.



Kuvio 14. Sairauteen liittyvät ilmaispalvelut ja etuudet lainsäädännössä 1920–1960[225]

---

225 Lähteenä käytetyt säädökset on eritelty taulukoissa 17 ja 18 sekä seuraavissa käsittelyluvuissa. Pakolliseksi on tulkittu toimenpiteet tai hoidot, joihin yksilö on säädöksen mukaan velvollinen tai hänen on alistuttava tai joihin hänet voidaan toimittaa viranomaisten määräämänä. Tähdellä (*) merkittyihin palveluihin ja etuuksiin sisältyi varallisuusharkinta eikä niitä myönnetty kaikille. Rokotus voitiin edelleen tarvittaessa määritellä pakolliseksi vuoden 1951 lain mukaan. Ilmaispalveluksi ei ole luokiteltu sairaalahoitoa, jossa vain osa paikoista määriteltiin tiettyjen kriteerien perusteella vapaasijoiksi. Vaikka kätilön, terveyssisaren ja neuvolan peruspalvelut määriteltiin maksuttomiksi 1943–1944, edelleen maksullisia olivat kätilön kotisynnytyksen matka- ja muut kulut sekä ravinto, terveyssisaren antama kotisairaanhoito sekä neuvolan antama erikoishoito. Taulukkoon ei ole sisällytetty työväen avustuskassojen tarjoamia palveluita ja etuuksia. Vuoden 1942 avustuskassalaki edellytti kassojen myöntävän ennalta määrätyn suuruisen avustuksen ja loi siten jäsenille oikeuden avustukseen, mutta eri kassojen avustusperiaatteet olivat erilaiset, ks. Jaakkola 1985, 180–241. Taulukosta puuttuu myös sokeainavustus (1935) ja invalidiraha (1951), jotka edellyttivät etuuden saajan työskentelevän perheensä elättämiseksi, ks. Harjula 1996, 186–194; Invaliidirahalaki 14.6.1951 no 374.

Äidit ja lapset – oikeus, velvollisuus ja suostuttelu

Aikakauden väestöpoliittinen painotus korosti äitien ja lasten oikeutta yhteiskunnan tukeen. Lapsiperheille suunnattujen palveluiden ja etuuksien välttämättömyyttä perusteltiin oikeuksien ja velvollisuuksien vastavuoroisuudella sekä yhteiskunnallisella oikeudenmukaisuudella:

> Yhteiskunnan kunniavelvollisuus on rientää auttamaan niitä äitejä, jotka sille lahjoittavat uutta sukupolvea ja työtätekeviä kansalaisia, äitejä, jotka sen ohella ottavat maan aineellisten arvojen kartuttamiseen tehokkaasti osaa.[226]

> Jos yhteiskunta kerran tunnustaa, että lasten kasvattaminen on kansalaisvelvollisuus, niin nykyaikainen oikeuskäsitys vaatii, että tällaisen yhteiskunnallisen velvollisuuden täyttämisestä aiheutuvien kustannusten täytyy mahdollisimman tasan jakaantua yhteiskunnan jäsenten kesken. Perhekustannusten tasoittaminen toisin sanoen on välttämättömyys, josta ei enää päästä.[227]

Lähtökohtana oli, että perheet, jotka lapsia synnyttämällä ja kasvattamalla täyttivät kansalaisvelvollisuutensa, eivät saaneet joutua muita huonompaan asemaan.[228] Verotukseen sisällytetyt lapsivähennykset sekä naimattomien ja lapsettomien veronkiristykset tukivat osaltaan perheen perustamista,[229] ja kätilöpalveluiden sekä äitiyshuollon saatavuuden ohella eduskunnassa kiinnitettiin huomiota lapsiperheiden toimeentulo-ongelmiin.

Erityisen ”eläkkeenmuotoisen lapsiavustuksen” toteuttaminen sai eduskunnan periaatteellisen kannatuksen jo vuonna 1930, ja äitiysavustusta koskeva laki hyväksyttiin vuonna 1937.[230] Uusista

226 VP 1929 II, Liitteet II, 140, Rah.al. no 120, 326.
227 Sukselainen 1946b, 14.
228 Sukselainen 1946b, 14–18; Sukselainen 1950; Björklund 1961, 378–379.
229 Laki tulo- ja omaisuusverosta 3.8.1920 no 207, § 22; Sukselainen 1946a, 116–137; Kuusi 1961, 178.
230 VP 1930 II, AV:2, Toiv. al . miet. no 11, Edusk. toivomus; Äitiysavustuslaki 24.9.1937 no 322.

etuuksista haluttiin köyhäinavusta täysin erillisiä tukimuotoja. Sosiaalidemokraattisten naisten mukaan oli kohtuutonta, että köyhäinapua lapsensa elatukseen hakenut äiti menetti Suomessa äänioikeutensa – kun sen sijaan esimerkiksi Tanskassa äänioikeudesta suljettiin lapsensa elatuksen laiminlyönyt isä.[231] Toisin kuin sairausvakuutus- ja työkyvyttömyyseläkettä koskevissa kannanotoissa, perhettä koskevien etuuksien yhteydessä ei vaadittu avunsaajan itsensä maksamia vakuutusmaksuja. Kyse olikin sosiaaliavustuksesta, joka sosiaalipolitiikan luokituksissa alettiin 1940-luvulle tultaessa hahmottaa köyhäinavusta ja sosiaalivakuutuksesta eroavaksi tukimuodoksi.[232]

Eduskuntakeskustelussa vuonna 1937 RKP:n edustaja Ole Frietsch painotti ruotsalaiseen väestöasiantuntijaan, professori Gunnar Myrdaliin vedoten, ettei äitiysavustus ollut almu vaan perheen oikeus.[233] Gunnar ja Alva Myrdal, joiden teos *Kris i befolkningsfrågan* (1934) herätti laajaa huomiota myös Suomessa, näkivät perheiden tukemisen kansantaloudellisena investointina ja sijoituksena inhimilliseen pääomaan.[234] SDP:n Miina Sillanpää korostikin, että synnytyksen aiheuttamien ylimääräisten menojen peittäminen äitiysavustuksella oli valtiovallan tunnustus äitiyden suuresta merkityksestä.[235]

Äitiysavustus oli aluksi tarveharkintainen etuus, jonka myöntöperusteet yhdenmukaistettiin maksuttoman kätilönavun kanssa, jottei etuutta olisi kunnissa käytetty kätilömaksujen korvaamiseen (taulukko 26).[236] Jo vuonna 1940 vaatimus äitiysavustuksen myöntämisestä kaikille äideille sai eduskunnassa tukea sekä vasemmiston että porvariston

231 VP 1929 II, Liitteet IX, 8, Toiv. al. no 64, 556–558; VP 1930 II, Liitteet X,1, Toiv. al. no 63, 321.

232 Esim. Kuusi, Eino, Vakuutus- ja huoltomenetelmien tarkoituksenmukaisuus työntekijäin suojelussa eräitä sosialisia vaaroja vastaan. SAik 1/1934, 1–16; Nieminen 1984, 111–128.

233 VP 1937, PK I, 166–167.

234 Nieminen 1984, 72, 80–81, 131; Soikkanen 1990, 14; Etzemüller 2014.

235 VP 1937, PK II, 1350.

236 Äitiysavustuslaki 24.9.1937 no 322, § 2; Mannio, Niilo, Äitiysavustus. SAik 11/1937, 599. Jo kunnankätilön mallijohtosäännössä 1938 suositeltiin vähävaraisuuden määrittelyä äitiysavustuslain mukaan. Kunnankätilön johtosääntö. Maalaiskunta 14/1938, 287; Setkänen, Heikki, Äitiysavustuslaki. Maalaiskunta 1/1938, 8; Lavonius, Herman, Vähävaraisuuskäsite kätilölain ja äitiysavustuslain mukaan. Huoltaja 3/1938, 48–50; Hautamäki, Eino, Vähävaraisuuskäsite kätilölain ja äitiysavustuslain mukaan. Huoltaja 6/1938, 135–136.

naisilta.[237] Vuonna 1948 varallisuusharkinnan poistamista vaadittiin vetoamalla tulorajojen tulkinnanvaraisuuteen sekä Ruotsin äitiysavustuskäytännön ja Suomen uuden lapsilisälain esimerkkiin.[238] Lapsilisä, jota maksettiin jokaiselle alle 16-vuotiaalle lapselle vanhempien varallisuudesta ja tuloista riippumatta, on pidetty sikäli mullistavana, että se oli kaikille yhtäläinen universaali sosiaalietuus.[239] Sen aikaansaamaa asennemuutosta kuvaili tamperelainen sosiaalivirkailija seuraavasti:

> (…) kun tämä lapsilisä myönnettiin kaikille lapsille – että se ei ollut harkinnanvarainen eikä varallisuudesta riippuvainen – niin oli paljon helpompi tulla sosiaalivirastoon asioimaan, kun siinä ei ollut köyhäinhoidon leimaa. Ja se vapautti hirveen paljon perheitä, semmosetkin perheet, jotka ei olleet ennen hakeneet köyhäinhoitoa (…), ne hoksasi, että voi hakee jotain muutakin. Tuli uutta asiakaskuntaa ja nuorempaa.[240]

Lapsilisän ohella universaali etuus oli myös maksuton kouluruokailu, joka ulotettiin vuonna 1948 kaikkiin kansakoululapsiin.[241]

237 Edustajat Miina Sillanpää (sd.) ja Mandi Hannula (ed.) nostivat asian esille. VP 1940, PK I, 164–165.
238 VP 1948, Liitteet X, 45, Toiv. al. no 325; VP 1948, Liitteet X, 46, Toiv. al. no 326.
239 Lapsilisälaki 22.7.1948 no 541; Haatanen 1992, 395–399; Anttonen & Sipilä 2000, 70–71.
240 Harjula 1990, 51; Uljas 2012, 101–102.
241 Anttonen & Sipilä 2000, 75.

Taulukko 26. Raskauteen liittyvien terveyspalveluiden maksuttomuuden ja äitiysavustuksen saamisen ehdot 1920–1950-luvuilla[242]

Kätilö ja äitiysneuvola	
vuosi	palvelun maksuttomuuden ehto
1920	varattomille ja vähävaraisille kunnan korvaama kätilön synnytysapu, lisäksi kunta korvaa kyydin
1937	varattomat ja vähävaraiset vapautettu kätilön synnytyspalkkiosta, kunta korvaa kyydin ja kulut
1941	kätilön synnytyspalkkiosta vapautettu äitiysavustukseen oikeutettu ja muu varaton synnyttäjä, kunta korvaa kyydin ja kulut
1944	kätilön synnytyspalkkiota ei peritä lainkaan; kunta korvaa kyydin, kulut ja kätilön ravinnon verosta vapautetuille ja muille huoltolautakunnan vähävaraisiksi harkitsemille
1944	neuvola maksuton kaikille

Äitiysavustus			
vuosi	etuuden ehto		
	taloudellinen	muu	terveyspalvelun käyttö
1937	vähävaraisuus verotuksen pohjalta	ei myönnetä täyden köyhäinhoidon varassa olevalle eikä työlaitokseen tai vankilaan	kätilön tai lääkärin todistus raskaudesta
1941	veroäyrien perusteella; apu voidaan myöntää erityisistä syistä (mm. sairaus) myös veroäyreistä riippumatta tai evätä, jos sen myöntämiseen ei ole syytä	”	kätilön, lääkärin tai äitiysneuvonta-aseman todistus raskaudesta
1945	ei myönnetä naiselle, joka varallisuutensa ja toimeentulomahdollisuuksiensa takia ei ole avustuksen tarpeessa	”	”
1949	ei taloudellisia ehtoja	”	lääkärin, kätilön tai neuvolan tarkastus raskauden aikana
1952	-	”	lisäksi verikoe sukupuolitaudin toteamiseksi

242 Lähteenä taulukossa 17 mainittujen lisäksi: Laki kunnallisesta kätilöntoimesta annetun lain 7 §:n muuttamisesta 13.6.1941 no 426; Äitiysavustuslaki 24.9.1937 no 322; Äitiysavustuslaki 13.6.1941 no 424; Laki äitiysavustuslain muuttamisesta 9.2.1945 no 125; Laki äitiysavustuslain muuttamisesta 29.4.1949 no 347; Sukupuolitautilaki 25.1.1952 no 52, § 7. Kätilöitä ja äitiysneuvolaa koskeva lainsäädäntö kumoutui vuoden 1972 kansanterveyslailla. Suominen, Halla & Laapotti 1974, 22–23.

Äitiysavustuksen taloudelliset ehdot poistettiin vuonna 1949 keskusteluitta.[243] Kun kahtiajaosta köyhiin ja varakkaisiin äiteihin luovuttiin, äitiysavustuksen todettiin muuttuvan varattomuusavusta ”valtion huomenlahjaksi jokaiselle uudelle Suomen kansalaisille”.[244] Aivan jokaiselle äidille huomenlahjaa ei kuitenkaan myönnetty, sillä edelleen vuonna 1949 avustuksen ulkopuolelle rajattiin täyden köyhäinhoidon varassa tai vankilassa, työlaitoksessa ja alkoholistihuoltolassa synnytyksen aikana olevat, koska heidän katsottiin saavan tarpeellisen hoidon laitoksessa.[245] Tämä ehto on lain esittelyissä ja tutkimuksissa pitkälti sivuutettu, vaikka pykälä oli voimassa peräti vuoteen 1976 asti. Kohtuuttomaksi ja perustelemattomaksi tulkittu pykälä kumottiin tuolloin ilman keskusteluja.[246]

Vaikka äitiysavustuksen vankeihin ja köyhäinhoitolaisiin kohdistuneen ehdon käytännön merkitys jäikin vähäiseksi,[247] periaatteessa sen voidaan nähdä kertovan rajanvedosta, jolla kelvolliset äidit eroteltiin kelvottomista. Myöskään lapsilisää ei maksettu, jos lapsi oli laitoksessa, jonka hoitokustannuksen suoritti valtio. Mikäli lapsi oli laitoksessa kunnan kustannuksella, etuus maksettiin kunnalle.[248] Selviä moraalisia ehtoja asetettiin perheiden perustamista kannustaviin etuuksiin: perhelisä (1943–1974) voitiin evätä, mikäli perheen tukemista ei terveydellisistä tai muista syistä pidetty yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaisena, ja kodinperustamislainan (1944–1957) saajan

243 VP 1949, A I, Hall. es. no 11, Työväenasianvaliokunnan mietintö no 3, Suuren valiokunnan mietintö no 14, Edusk. vastaus; VP 1949, PK I, 229, 420, 435.

244 VP 1944, PK III, 1226–1227.

245 VP 1937, A I, Hall. es. no 12, 5; Äitiysavustuslaki 24.9.1937 no 322, § 9; Äitiysavustuslaki 13.6.1941 no 424, § 9; Laki äitiysavustuslain muuttamisesta 29.4.1949 no 347.

246 Esim. Niilo Mannio, Äitiysavustus. SAik 11/1937, 590–602; Böök Einar, Uusi äitiysavustuslaki. SAik 1–2/1942, 1–8. Rajaus tuotiin esille esim. Setkänen, Heikki, Äitiysavustuslaki. Maalaiskunta 1/1938, 2. Perheentupa 1988, 23. VP 1976, A I, Hall. es. no 104; VP 1976, C 2, SosVM no 16, SuVM no 147; VP 1976, PK I, 2290, 2319, 2393; Laki äitiysavustuslain muuttamisesta 23.12.1976 no 1052.

247 Evätyissä äitiysavustushakemuksissa 1960-luvun lopulla vapausrangaistus kuului kategoriaan ”muut syyt”, jotka olivat johtaneet yhteensä seitsemän hakemuksen epäämiseen. On tosin ilmeistä, ettei laitoshoidokeista hakemuksia edes tehty eikä tarkkaa lukua ole siten mahdollista selvittää. Ailio 1970, 21–30.

248 Lapsilisälaki 22.7.1948 no 541, § 5–6.

tuli olla henkilökohtaisilta ominaisuuksiltaan sopiva ja nuhteeton.[249] Tyypillistä aikakauden laeille olikin se, että ne määrittelivät selväsanaisesti kunnon kansalaiselta vaadittuja ominaisuuksia ja käyttäytymistä. Yksilöiden luokittelu moraalisin perustein oli olennainen osa myös maailmansotien välisen ajan köyhäinhoidon ideologiaa.[250]

Äitiysavustuksen erityispiirre oli, että se nivottiin terveyspalveluiden käyttöön. Vuodesta 1937 alkaen kätilöiden tuli antaa avustusta varten tarvittavia todistuksia ja ottaa anomuksia vastaan, minkä katsottiin osaltaan lisäävän kansan luottamusta kätilöihin.[251] Hakemukset voitiin kuitenkin hyväksyä myös ilman lääkärin tai kätilön todistusta, jos niitä ei vaikeuksitta voitu hankkia.[252] Vuonna 1949 määräykset tiukentuivat, sillä avustuksen nimenomaiseksi ehdoksi kirjattiin suuren valiokunnan ehdotuksesta terveystarkastus:

> Äitiysavustusta hakeva äiti on syntyvän lapsen terveyden turvaamiseksi velvollinen (…) raskaudentilansa aikana alistumaan lääkärin, kätilön tai kunnallisen äitiysneuvolan tarkastukseen ja neuvontaan uhalla, että oikeus saada avustusta muuten voidaan katsoa menetetyksi.[253]

Ellei äiti käynyt tarkastuksessa viimeistään neljännen raskauskuukauden aikana ja noudattanut annettuja neuvoja, hänen katsottiin tietoisesti vaarantavan syntyvän lapsensa terveyden ja häneltä voitiin evätä avustus.[254] Ehtoa valvottiin aktiivisesti, ja esimerkiksi vuonna 1952 noin 1500 naista jäi vaille avustusta laiminlyödyn tai myöhästyneen

249 Perhelisälaki 30.4.1943 no 375; Kodinperustamislainalaki 29.11.1945 no 1177; Lento 1946, 159–165; Nieminen 1946, 175–192. Kodinperustamislainoja myönnettiin vuoteen 1957 asti. SVT XXI B:2 1958, 75–76. Alkoholinkäyttö, irtolaisuusvaroitus tai ehdollinen tuomio ei välttämättä estänyt lainansaantia, jos henkilö oli kyennyt elämäntapojen muutokseen, mutta varkaat ja väärentäjät, samoin kuin vaikeasti sairaat ja invalidit, joiden takaisinmaksukykyä epäiltiin, jätettiin ilman etuutta. Suonoja 1992, 392–395. Perhelisälaki kumottiin 1974. Lapsilisätyöryhmän muistio 2001, 3.

250 Satka 1995, 92–94.

251 VP 1937, PK I, 259–261; Äitiysavustuslaki 24.9.1937 no 322, § 5–7.

252 Setkänen, Heikki, Äitiysavustuslaki. Maalaiskunta 1/1938, 5.

253 VP 1949, A I, Hall. es. no. 11, Suuren valiok. miet. no 14; Laki äitiysavustuslain muuttamisesta 29.4.1949 no 347, § 1.

254 Asetus äitiysavustuslain toimeenpanosta 29.4.1949 no 348, § 2.

terveystarkastuksen takia.[255] Vuoden 1952 sukupuolitautilain myötä äitiysavustus nivottiin lisäksi sukupuolitautien torjuntaan siten, että veritutkimus asetettiin etuuden ehdoksi.[256]

Kynnystä terveystarkastukseen hakeutumiseen alensi se, että kätilöiden ja terveyssisarten ohella kunnallinen äitiys- ja lastenneuvolaverkosto tarjosi vuodesta 1944 alkaen palveluitaan maksuttomasti kaikille äideille ja pikkulapsille. Maksuja voitiin veloittaa ainoastaan neuvoloiden antamasta erikoishoidosta, terveyssisaren kotisairaanhoidosta ja kätilön kotisynnytyskuluista, mutta palvelun perussisältö oli ilmainen.[257] Lääkintöhallitus suositteli vuonna 1945, että kunnat ottaisivat kotisairaanhoidosta ja kotisynnytyksistä aiheutuneet kulut maksettavakseen, ja totesi useiden kuntien jo toimineen ehdotetulla tavalla.[258] Maksuton, kaikille avoin terveyspalvelu olikin täysin uudenlainen ratkaisu, jota perusteltiin sillä, että kaikki yhteiskuntapiirit haluttiin saada turvautumaan terveyspalveluiden tarjoamaan apuun.[259] Esimerkiksi T.H. Marshall on korostanut palveluiden käyttöä koskevien jaettujen kokemusten ja yhteisen aseman merkitystä sosiaalisten erojen pienentäjänä.[260]

Vaikka äitiysneuvoloiden käyttöön ei liittynyt pakkoa, äitiysavustuksen taloudellinen palkkio ja sen menettämisen uhka muodostivat tehokkaan porkkanan, jolla äidit houkuteltiin palveluiden käyttöön. Eino Kuusi korostikin Sosiaalipolitiikka-teoksessaan vuonna 1931, että pakon asemesta riitti toisinaan ”pelkkä painostus, joka tapahtuu

255 VP 1954, Liitteet X, 115, Toiv. al. no 400. Edelleen v. 1966–1967 noin 1500–1600 naista jäi vuosittain ilman avustusta terveystarkastuksen puuttuessa. Ailio 1970, 21–22.

256 Olin, T.E., Katsaus sukupuolitautien levinneisyyteen Suomessa ja sosiaaliseen merkitykseen sekä niiden vastustamiseen lainsäädännön avulla. Duodecim 2/1941, 97. Hallitus ei pitänyt äidin velvoittamista verikokeeseen välttämättömänä. Suuren valiokunnan ehdotuksesta lakiin kirjattiin säännös, joka velvoitti lääkärin ja kätilön ottamaan verikokeen hoitamaltaan raskaana olevalta naiselta. VP 1951, A III:1, Hall. es no 28, Suuren valiok. miet. no 37; Sukupuolitautilaki 25.1.1952 no 52, § 7; Härö 1996, 32–34; Forsius 2005.

257 Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista 31.3.1944 no 224, § 11; Laki kunnankätilöistä 31.3.1944 no 223, § 9, § 11; Laki kunnallisista terveyssisarista 31.3.1944 no 220, § 9.

258 Severi Savonen, Kunnallisille terveyssisarille ja kätilöille suoritettavat lisäpalkkiot. Maalaiskunta 9/1945, 146.

259 KM 1939:9, 66–67; KM 1942:18, 5.

260 Fraser & Gordon 1994, 93.

siten, että (..) toimenpidettä ( ) edistetään myöntämällä sen käyttämisestä erityisiä etuja tahi liittämällä sen laiminlyömiseen erityisiä rasituksia”.[261] Arvo Ylppö – joka niin ikään painotti äitiysavustuksen pakoteluonnetta – nosti jo vuonna 1921 esikuvaksi Saksan, jossa äideille tarjottiin taloudellisia etuja, mikäli he kävivät säännöllisesti lastenhuoltolassa ja imettivät. Ylpön mukaan järjestelmästä koituvat menot tulivat satakertaisina takaisin, kun äidit tottuivat puhtauteen ja siisteyteen. Äitiysavustuksen tärkein merkitys nähtiin juuri siinä, että se pakotti äidit saamaan neuvoa ja hoitoa raskauden aikana. Avustuksen terveydenhoidollista merkitystä lisäävänä seikkana pidettiin luontoisavustuksen ensisijaisuutta. Äitiyspakkauksesta muotoutuikin suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän erityispiirre.[262]



Kuva 12. Äitiyspakkauksesta muodostui äiteihin ja lapsiin kohdistuvan valtiollisen huolenpidon symboli (Huoltaja 21/1947, 367).

Äitiysneuvoloista poiketen lastenneuvolakäynteihin ei kytketty erityisiä taloudellisia kannustimia vaan ne jätettiin kokonaan vapaaehtoisuuden varaan. Lastenneuvoloiden perheitä sitouttavaa luonnetta kuvattiin kuitenkin 1970-luvulle tultaessa seuraavasti:

261 Kuusi 1931, 78.
262 Ylppö 1921, 362–264; Mannio, Niilo, Äitiysavustus. SAik 11/1937, 600–601; Böök, Einar, Uusi äitiysavustuslaki. SAik 1–2/1942, 6–7; Ylppö 1961, 328; Björklund 1961, 380–381.

> Lastenneuvola ei ole mikään kunnan tai valtion asettama valvontapaikka, josta käsin tarkkailtaisiin vanhempien taitoa huolehtia lastensa terveydestä vaan (…) puhdas palvelumuoto, jonka yhteiskunta kustantaa. (…) Vapaaehtoisuus ei kuitenkaan merkitse sitä, etteikö lastenneuvolatoiminnassa seurattaisi tiettyjä sääntöjä. Kun lapsi tulee otetuksi neuvolan toimipiiriin, vanhemmat tavallaan suostuvat noudattamaan niitä ohjeita ja sääntöjä, joita neuvolatyön onnistuminen edellyttää (...).[263]

On ilmeistä, että nimenomaan äitiysneuvolan integroivan tehtävän kautta myös lastenneuvoloiden käytöstä muotoutui itsestään selvä oikeus ja velvollisuus. On jopa mahdollista, että nämä palvelut saatettiin mieltää yhdeksi kokonaisuudeksi, etenkin silloin kun ne sijaitsivat samassa terveystalorakennuksessa. Taulukko 27 osoittaa, että 1950-luvun puolivälissä enää noin 5 prosenttia synnyttäjistä ja 10 prosenttia syntyneistä lapsista jäi neuvoloiden ulkopuolelle. Se, että äidit sosiaaliryhmästä riippumatta kohtasivat vastaanotoilla, loi uudenlaista tasa-arvoista terveyskansalaisuutta. Kun neuvolajärjestelmää arvioitiin 1980-luvun puolivälissä, sen alueellinen ja sosiaalinen kattavuus, jatkuvuus sekä perheiden elämänolojen hyvä tuntemus nimettiin maksuttomuuden ohella palvelun saavuttaman yleisen luottamuksen ja arvostuksen osatekijöinä.[264]

263 Hultin 1973, 10.
264 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 14–15.

Taulukko 27. Neuvolapalveluita käyttäneiden osuudet (%) 1939–1970[265]

	äidit, % synnyttäneistä	vuotta nuoremmat lapset, % elävänä syntyneistä
1939	11	...
1940	21	...
1945	86	35
1950	92	71
1955	95	89
1960	97	97
1965	98	94
1970	99	96

Kansakoulujen terveydenhuolto nousi keskustelun kohteeksi 1930–1940-lukujen taitteessa, ja keskustelu sai uutta pontta sodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien varttuessa kouluikään.[266] Koululääkärin tehtävät kuuluivat jo vuonna 1939 hyväksytyn lain mukaan kunnanlääkäreille, mutta vuonna 1952 heille alettiin maksaa tarkastuksista erillinen korvaus. Samalla tarkastuksiin osallistuminen määriteltiin oppilaiden – sekä henkilökunnan – lakisääteiseksi velvollisuudeksi, vaikka eduskunnan laki- ja talousvaliokunta kyseenalaistikin säännöksen tarpeellisuuden: oppilaiden osalta tarkastukseen alistuminen tulkittiin itsestään selvyydeksi ja henkilökunnan suhteen määräys olisi voitu kirjata ohjesääntöön.[267] Lakitekstin mukaan:

> Jokainen kansakoulun oppilas samoin kuin sen opettaja ja muu koulun henkilökuntaan kuuluva on velvollinen alistumaan koululääkärin tarkastettavaksi, ellei hän esitä terveydentilastaan terveydenhoitolautakunnan hyväksymää lääkärin todistusta.[268]

Laki laajeni 1950-luvun lopulla myös kansalaiskouluihin ja kunnallisiin keskikouluihin, ja vastaava säännös velvollisuudesta alistua

265 KM 1965: B72, 30; Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 14.
266 KM 1939:9, 72–74; Savonen, Severi, Suomen kansanterveystyön ohjelma. SLA 2/1942, 45–46; SVT XI:55 1958, 12; Jauhiainen 1993, 114–121.
267 VP 1950 A I, Hall. es. no 16, 2; VP 1952, A I, Hall. es. no 29, Talousvaliok. miet no 10, liite, 5.
268 Laki kansakoulujen lääkärintoimesta 31.10.1952 no 362, § 4.

tarkastuksiin kirjattiin vuonna 1956 myös lakiin kansakoulujen hammaslääkärintoimesta.[269] Niin ikään yliopisto- ja korkeakouluopiskelijat velvoitettiin vuonna 1958 osallistumaan määräaikaisiin lääkärintarkastuksiin, mutta heidän tuli suorittaa erityinen terveydenhoitomaksu.[270] Myös valtiollisten ja yksityisten oppikoulujen terveydenhuoltoa tehostettiin 1960-luvun aikana.[271]



Kuva 13. Lapset äiteineen odottavat pääsyä kouluhammasklinikalle vuonna 1954 (Kuv. Yrjö Lintunen, Kansan Arkisto).

269 VP 1952, A I, Hall. es. no 29, Talousvaliok. miet. no 10, liite, 4; VP 1952, PK II, 1436–1437; Laki kansakoulujen hammaslääkärintoimesta 17.5.1956 no 297, § 4; Jauhiainen 1993, 122.

270 Suominen, Halla & Laapotti, 1974, 21; VP 1957, A III:1, Hall. es. no 126; Laki yliopistoissa ja korkeakouluissa opiskelevien ylioppilaiden pakollisesta lääkärintarkastuksesta 28.3.1958 no 142.

271 Jauhiainen 1993, 158–162.

Maksuttomat palvelut rajautuivat pääasiassa ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon: kansakoululääkärille kuului tarkastusten lisäksi vain koulutyöhön liittyvien tapaturmien ensiapu. Maksuton hammashoito kattoi tosin myös paikkaukset ja juurihoidot, mutta jätti mm. oikomishoidot ja teknilliset työt kuntien oman harkinnan varaan.[272] Jo 1930-luvun lopulla eduskunnan niukan tuen sai vaatimus koululääkärin tehtävien laajentamista myös maksuttomaan sairaanhoitoon, jottei lääkäri tarkastuksia tehdessään käynyt ”vain etsimässä maksavia potilaita”.[273] Myös alle kouluikäisten maksuttomasta poliklinikkahoidosta tehtiin aloitteita 1950-luvun lopulla. Tuolloin kysymys kytkettiin osaksi koko kansanterveyshuollon uudistamista ja sairausvakuutusreformia (luku IV).[274]

Käytännössä 1950-luvun jälkipuoliskolla järjestelmällinen terveysvalvonta ja -neuvonta ulottui jo sikiöajasta nuoruusikään asti. Terveyssisarten vuosittaiset sekä koululääkärin joka toinen vuosi toteuttamat tarkastukset tavoittivat periaatteessa koko ikäluokan.[275] Vuonna 1962 käyttöönotettu yleinen terveyskortti tehosti osaltaan tarkkailun yhtenäisyyttä.[276] Terveyspalveluiden laajan tarjonnan vastapainona perheille asetettiin velvollisuus – ankarimmillaan lakisääteinen pakko ja lievimmillään moraalinen vaatimus – palveluiden käyttöön. Oosterhuis ja Huisman ovatkin todenneet, että erityisesti naisiin kohdistuneet terveydelliset toimenpiteet olivat länsimaissa sekoitus tukea, rohkaisua, sääntelyä, valvontaa ja pakkoa.[277]

272 Asetus kansakoulujen lääkärintoimesta 20.2.1953 no 123 § 3; VP 1955, AIII:1, Hall. es. no 106, 1; Asetus kansakoulujen hammaslääkärintoimesta 2.6.1956 no 551, § 1.

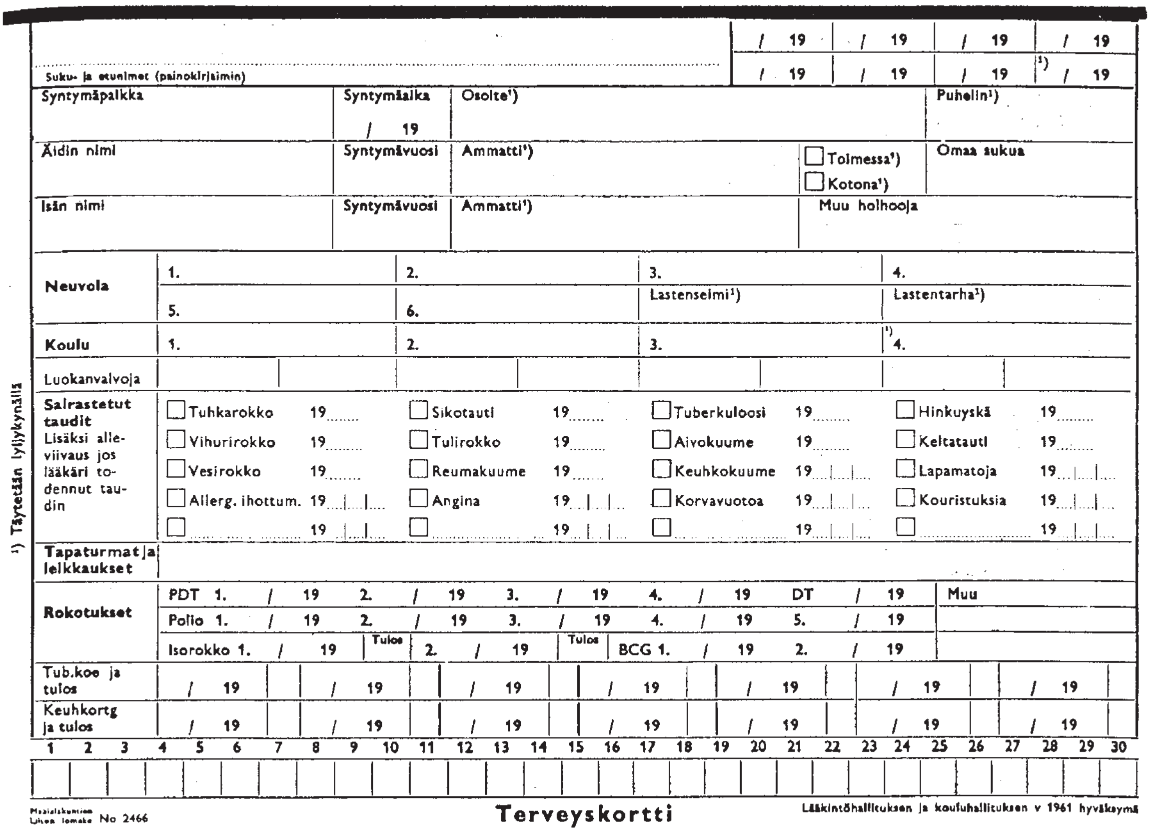
273 VP 1938, PK II, 2013, 2042–2050, 2063–2069.

274 VP 1958, Liitteet VI,4. Toiv. al. no 160, 406; VP 1959, A V:2, Toiv. al. miet. no 30, Talousvaliok. miet. no 2.

275 SVT XI:58 1955, 11–13.

276 Hultin 1973, 14.

277 Oosterhuis & Huisman 2013, 32–33.


Suku- ja etunimet (painokirjaimin) / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 ¹) / 19
Syntymäpaikka | Syntymäaika / 19 | Osoite¹) | Puhelin¹)
Äidin nimi | Syntymävuosi | Ammatti¹) | Toimessa¹) Kotona¹) | Omaa sukua
Isän nimi | Syntymävuosi | Ammatti¹) | Muu holhooja
Neuvola 1. 2. 3. 4. 5. 6. Lastenseimi¹) Lastentarha¹)
Koulu 1. 2. 3. ¹) 4.
Luokanvalvoja
Sairastetut taudit Lisäksi alleviivaus jos lääkäri todennut taudin
Tuhkarokko 19 Sikotauti 19 Tuberkuloosi 19 Hinkuyskä 19
Vihurirokko 19 Tulirokko 19 Aivokuume 19 Keltatauti 19
Vesirokko 19 Reumakuume 19 Keuhkokuume 19 Lapamatoja 19
Allerg. ihottum. 19 Angina 19 Korvavuotoa 19 Kouristuksia 19
19 19 19 19
Tapaturmat ja leikkaukset
Rokotukset PDT 1. / 19 2. / 19 3. / 19 4. / 19 DT / 19 Muu
Polio 1. / 19 2. / 19 3. / 19 4. / 19 5. / 19
Isorokko 1. / 19 Tulos 2. / 19 Tulos BCG 1. / 19 2. / 19
Tub.koe ja tulos / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19
Keuhkortg ja tulos / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
No 2466
Terveyskortti
Lääkintöhallituksen ja kouluhallituksen v 1961 hyväksymä
¹) Täytetään lyijykynällä

Kuva 14. Terveyskortti konkretisoi terveysvalvonnan ulottumista sikiöajasta nuoruusikään asti (Hultin 1973, liite 2:1,75).

Kansan suvunjatkaminen kontrolliin

Perheiden tukemisen kääntöpuolena oli, että kelvottomien, yhteiskuntaa rasittavien yksilöiden lisääntyminen haluttiin estää. Sterilisaatiolain yhteiskunnallista välttämättömyyttä perusteltiin humaanisilla, rotuhygieenisillä, kriminaalipoliittisilla ja sosiaalisilla syillä.[278]

> Rodun terveenä pitämistä tarkoittavat pyrkimykset ja yhteiskunnalliset syyt vaativat välttämättä, että vajaakelpoisten, valtiota ja terveitä kansalaisia rasittavien yksilöiden syntymistä koetetaan ehkäistä. [279]

278 VP 1934, A III:1, Hall. es. no 112, 1–2.
279 VP 1934, A III:1, Hall. es. no 112, Talousvaliok. miet. no 11, 1.

> Kaikkialla on nykyään hyväksytty oikeaksi se kanta, että yhteiskunnalla ei ole ainoastaan oikeus mutta velvollisuuskin määrätyissä tapauksissa sterilisoimiseen.[280]

Asenteet tiukentuivat vuosien 1929 ja 1935 välillä siten, että sterilointikomitean ehdottamaa vapaaehtoista sterilisaatiota ei hyväksytty vaan toimenpide säädettiin pakolliseksi.[281] Vapaaehtoisuusperiaatteen katsottiin vesittävän koko lain tarkoituksen.[282] Lain valmistelussa korostettiin kuitenkin, ettei laki saanut olla ristiriidassa kansan oikeuskäsityksen kanssa.[283]

Sterilisaatio kohdistettiin vuonna 1935 mielisairaisiin sekä tylsä- ja vähämielisiin silloin, kun vajaakelpoisuuden pelättiin periytyvän jälkeläisiin tai mikäli ”on todennäköistä, että hänen lapsensa jäisivät hänen tällaisen vajaakelpoisuutensa takia huoltoa vaille.” ”Luonnottoman sukuvietin” takia seksuaalirikolliset puolestaan määrättiin kastraatioon eli sukurauhasten poistoon. Toimenpiteet tehtiin maksuttomasti valtion sairaalassa.[284] Kaatumatautiset ja kuuromykät jätettiin pakollisen sterilisoinnin ulkopuolelle, mutta vapaaehtoinen toimenpiteeseen suostuminen oli heille keino saada vuoden 1929 avioliittolain edellyttämä avioitumislupa.[285]

Sterilisointilaki hyväksyttiin eduskunnassa selvällä äänten enemmistöllä (144–14), joskin esimerkiksi sosiaalidemokraattien joukosta tuotiin esiin huoli siitä, että kysessä oli yksinomaan köyhiin kohdistuva ”luokkalaki”.[286] Oikeudenmukaisuuden nimissä aikakauden keskustelussa painotettiin pakkotoimien tasa-arvoista kohdentamista, ja myös rikosoikeuden professori, IKL:n kansanedustaja Bruno Sundström korosti, ettei laki saanut kohdistua yksinomaan köyhiin:

280 VP 1934, PK III, 3111.
281 KM 1929:5; Sterilisoimislaki 13.6.1935 no 227. Keskustelusta ks. Harjula 1996, 157–169; Mattila 1999, 274–338.
282 VP 1934, A III, Hall. es. no 112, 15, 17–20; VP 1934, A III, Talousvaliok. miet. no 11, 1.
283 VP 1934, A III, Hall. es. no 112, 18, 20. Myös esim. Kuusi 1931, 82–85.
284 Sterilisoimislaki 13.6.1935 no 227, § 1 § 7; Sterilisoimisasetus 13.6.1935 no 228, § 5.
285 Mattila 1999, 255–267, 273, 302, 312, 315–317; Salmi 2005, 200–209.
286 VP 1935, PK I, 116, 127, 132–133, 135, 251, 253, 259.

> (…) laki, joka niin läheltä koskee yksilön henkilöä ja vapautta, on laadittava sillä tavoin, että (…) lain edessä kaikki kansalaiset tulevat olemaan samanarvoisia.[287]

Vuonna 1943 valtiollisen komitean tehtäväksi annettiin lain uudistaminen siten, että lain käyttö lisääntyisi.[288] Vuonna 1950 säädettyä uutta lakia perusteltiin – samoin kuin 1930-luvulla – yhteiskunnan laajentuneella vastuulla kansalaisistaan:

> (…) sterilisoiminen on tehtävä mahdolliseksi riippumatta siitä, että sillä loukataan sterilisoitavan itsemääräämisoikeutta, jos sen tueksi voidaan esittää niin huomattavia yhteiskunnallisia etuja, että yksilöllisen koskemattomuuden on niiden edestä väistyttävä. (…) Suvun jatkaminen ei merkitse ainoastaan jälkeläisten hankkimista yksilölle itselleen (…) vaan myöskin uusien kansalaisten hankkimista yhteiskunnalle. Yhteiskunnan, joka (…) sosiaalisen huollon avulla viime sijassa vastaa heidän toimeentulostaan, täytyy voida pakollakin estää suvun jatkaminen, josta voidaan odottaa sosiaaliseen elämään täysin kelpaamattomia yksilöitä ja joka vain lisäisi sitä taakkaa, mikä yhteiskunnalla on sellaisten henkilöiden huollosta ja elättämisestä.[289]

Petteri Pietikäinen on nimittänyt sterilisointia yhteiskunnalliseksi turvatakuuksi, jolla julkinen valta vältti kuluttamasta resursseja epäkelpojen vanhempien lapsista huolehtimiseen.[290] Kaiken kaikkiaan Suomessa tehtiin vuosina 1935–1970 rotuhygieenisin perustein yhteensä 7530 sterilointia, ja eniten niitä tehtiin juuri 1950- ja 1960-lukujen taitteessa.[291] Vuoden 1952 mielisairaslaki painotti lain toteutumista mielisairaitten ja vajaamielisten osalta, ja sterilisaatioon toimittaminen kuuluikin itsestäänselvyytenä laitosten arkipäivään. Vaikka

287 VP 1935, PK I, 113.
288 Mattila 1999, 336–338.
289 VP 1948, A III:2, Hall. es. no 59, 1. Miltei sanasta sanaan sama teksti: VP 1934. AII:1, Hall. es. no 112, 17–18.
290 Pietikäinen 2013, 316; Harjula 1996, 168–169.
291 Mattila 1999, 337–338, 392.

julkilausuttuna tavoitteena oli kaikkien kansalaisten tasa-arvoisuus, Markku Mattila on osoittanut, että steriloinnin kohteeksi joutuivat keskimääräistä useammin alimpien sosiaaliryhmien naiset ja erityisesti romaninaiset.[292] Vuonna 1950 säädetyn aborttilain myötä sallittiin myös rotuhygieeniset abortit, ja ilman naisen suostumusta abortti voitiin tehdä naisen "häiriintyneen sieluntoiminnan" vuoksi.[293] Vaikka rotuhygienia-käsite katosi julkisesta keskustelusta sotavuosina, ajatus ei-toivottujen ominaisuuksien karsimisesta kansan keskuudesta säilyi edelleen hyväksyttynä väestöpoliittisena päämääränä.

Tartuntatautisten pakkotoimet yhteisenä etuna

Yhteinen etu nousi myös tartuntatautisiin kohdistuvan pakkohoitokeskustelun avainkäsitteeksi. Yrjö Kulovesi korosti Terveydenhoitolehdessä vuonna 1919, että jokaisen oli oltava yhteiskunnan vartijana. Tartuntatautien torjuminen riippui kuitenkin hänen mukaansa liikaa kansalaisten vapaaehtoisuudesta. Kansan vastahakoisuuden ja laiminlyöntien takia Kulovesi vaati lisää pakkokeinoja, muun muassa tarttuvia tauteja sairastavien pakollista eristämistä ja sukupuolitauteja koskevaa ilmoitusvelvollisuutta. Hän painotti silti, että kotien sisäinen elämä tuli jättää jokaisen oman harkinnan varaan siinäkin tapauksessa, että "tulevaisuudessa monta tällaista rohkeata ja vapautta rajoittavaa askelta yhteisen edun nimessä uskalletaankin ottaa".[294]

Vuonna 1927 hyväksytty terveydenhoitolaki, joka korvasi vuoden 1879 terveydenhoitoasetuksen, antoi "viranomaisille jokseenkin laajan vallan ryhtyä kuntien ja yksityisten oikeuspiiriin".[295] Uutta oli se, että yleisvaaralliseksi määriteltyyn tarttuvaan tautiin – mm. isorokkoon,

292 Mielisairasasetus 23.12.1952 no 448, § 10; Ylikoski 1994; Mattila 2005, 402–452.
293 Laki raskauden keskeyttämisestä 17.2.1950 no 82, § 1–2; Asetus raskauden keskeyttämisestä 5.5.1950 no 232, § 2; Helén 1997, 42.
294 Kulovesi, Yrjö, Näkökohtia taistelussa tarttuvia tauteja vastaan. THL 3/1919, 39–42; Kulovesi 1923, 535. Myös: Laitinen, Taavetti, Tarttuvien sukupuolitautien levenemisen ehkäisemisestä. Duodecim 4–6/1918, 88–91. Yrjö Kulovesi toimi mm. kunnanlääkärinä, rautatielääkärinä, kansakoululääkärinä ja kaupunginlääkärinä sekä piti yksityistä vastaanottoa. Forsius 2006.
295 VP 1926, AIII:1, Hall. es. no 59, 1–2.

lavantautiin, tulirokkoon tai aivokalvontulehdukseen – sairastuneiden ohella myös tartunnankantajiksi epäillyt, ulkoisesti täysin terveet henkilöt voitiin alistaa eristykseen.[296] Ääriesimerkkinä lääketieteen uusien tutkimusmenetelmien myötä syntyneestä tartunnankantajuuden ongelmasta oli *Typhoid Marynä* tunnettu yhdysvaltalainen yksittäistapaus: oireettomana taudinkantajana lavantautia levittänyt keittäjä pidettiin 1900-luvun alussa eristettynä miltei koko elämänsä yli 20 vuoden ajan.[297]

Laajentuneiden pakkotoimien vastapainona sairaalahoito kunnallisessa kulkutautisairaalassa määriteltiin vuonna 1927 maksuttomaksi. Hallituksen ehdotusta ilmaishoidon rajaamisesta vain ”säälittäviin tapauksiin” pidettiin epämääräisenä ja yleisen edun vastaisena, sillä ”ellei sairastunut henkilö tiedä, saako hän hoidon vai joutuuko hän siitä maksamaan, on pelättävissä, että hän kustannusten pelosta salaa tautinsa ja siten joutuu tartuntaa levittämään”.[298]

Rokotuspakkoa tehostettiin vuonna 1920 sisällissodan jälkeen levinneen isorokkoepidemian taltuttamiseksi. Kun keskustelu rokotuspakon poistamisesta oli kiivaimmillaan 1920-luvun lopulla, asia otettiin esille eduskunnassa noin 20 000 kansalaisen allekirjoittaman anomuksen pohjalta.[299] Rokotuksen vastustus tulkittiin kuitenkin vääriin väitteisiin perustuneen kiihotustyön tulokseksi, ja rokotuksen aiheuttamien harvinaisten sairastumisten todettiin merkitsevän vähän ”siihen hyötyyn verrattuna, joka rokotuksesta on koitunut kokonaisille kansakunnille”. Vuonna 1936 uusitun rokotuslain mukaan jokainen oli edelleen velvollinen ottamaan rokotuksen.[300] Vuonna 1951 rokotus määriteltiin kuitenkin jo pääsääntöisesti vapaaehtoiseksi ja pakkotoimet olivat sallittuja vain, ”jos tauti levinneisyytensä tai laatunsa vuoksi voi saada aikaan huomattavan terveyden vaaran”. Isorokkovaaran

296 Manner, Viktor, Terveydenhoitolaki ja terveydenhoitosääntö. Duodecim 10/1929, 773; Ryömä, Hannes, Suomen terveydenhoitolainsäädäntö. SAik 10/1928, 554–555; Terveydenhoitosääntö 2.12.1927 no 336, § 69–70, § 78–90.

297 Leavitt 1996.

298 Terveydenhoitolaki 1.7.1927 no 192, § 18; VP 1926, A III:1, Hall. es. no 59, 5, Talousvaliok. miet. no 8, 2. Myös: KM 1939:9, 105–106.

299 Laki rokotusvelvollisuudesta isonrokon liikkuessa tahi uhatessa 6.2.1920 no 17; VP 1929, Liitteet IV, 12, Toiv. al. no 29.

300 VP 1935, AIII:1, Hall. es. no 104, 2; Rokotuslaki 10.7.1936 no 258.

väistymisen ohella muutoksessa oli kyse siitä, että lakiin sisällytettiin tuolloin myös muita tarttuvia tauteja, kuten kurkkumätää, lavantautia ja tuberkuloosia koskevat rokotukset.[301]

Tuberkuloosikysymyksen yhteydessä lääkintöhallitus painotti vuonna 1927 yhteiskunnan ja yksilön velvollisuuksien vastavuoroisuutta korostamalla, että ennen pakkokeinoja ”on määrättävä myöskin yhteiskunnan velvollisuudet sairaita kohtaan ja pidettävä huoli siitä, että velvollisuudet voidaan täyttää”.[302] Pakollista laitoshoitoa koskevaa säännöstä ei siten otettu edes pohdittavaksi, ”kun ei ole otaksuttavissa, että meillä pitkiin aikoihin tulee olemaan tarpeellista määrää hoitopaikkoja”.[303] Tautia koskeva ilmoitusvelvollisuus säädettiin lääkintöhallituksen kannan mukaisesti tuolloin koskemaan vain sellaista kuntaa, jossa oli tuberkuloosihuoltotoimisto tai joka kuului huoltopiiriin.[304] Vasta vuonna 1948, samalla kun luotiin koko maata koskeva parantola- ja huoltolaverkosto, määriteltiin tiukat yksilöä koskevat velvoitteet: jokainen 15-vuotias oli rangaistuksen uhalla velvollinen saapumaan röntgentarkastukseen ja tautia kantava voitiin eristää pakkohoitoon.[305] Säädöksen myötä jokaisen aikuisen keuhkot kuvattiin keskimäärin kolmen vuoden välein, ja 1950-luvulla otettiin noin 900 000 pienoisröntgenkuvaa vuosittain.[306] Suomalaisen tuberkuloosihoidon erityispiirre oli, että tuberkuloosin uhkaama lapsi voitiin sijoittaa heti syntymän jälkeen erikoislaitokseen ja pitää siellä ensimmäisen ikävuoden loppuun.[307] Tällaisiin laitoksiin sijoitettiin vuosina 1936–1973 yhteensä yli 5 000 vastasyntynyttä, joiden eristysaika vaihteli kahdesta kuukaudesta kahteen vuoteen asti.[308]

301 VP 1950, A III:1, Hall. es. no 174, 1–3; Rokotuslaki 14.6.1951 no 361, § 2–3.
302 Lääkintöhallituksen lausunto komiteaehdotuksesta toimenpiteiksi tuberkulosin vastustamiseksi maassamme. Duodecim 3/1927, 367–368.
303 KM 1924:3, 60.
304 Lääkintöhallituksen lausunto komiteaehdotuksesta toimenpiteiksi tuberkulosin vastustamiseksi maassamme. Duodecim 3/1927, 374–377; Tuberkuloosiasetus 11.11.1927 no 298, § 2.
305 Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649, § 12–15, § 42, § 44; Tuberkuloosiasetus 1.10.1948 no 726.
306 Härö 1958, 69–70. Joukkokuvauksista luovuttiin vasta vuonna 1989. Härö 1992, 174–178.
307 Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649, § 17.
308 Härö 1992, 196–199.

Tuberkuloosipotilailta edellytettiin parantoloissa nuhteettomuutta ja esimerkiksi kotilomalta juovuksissa parantolaan palanneet menettivät hoitopaikkansa.[309] Vuoden 1948 tuberkuloosilakiin kirjattiin mahdollisuus perustaa *niskoitteleville* eli tavallisiin laitoksiin sopeutumattomille ja ympäristölle vaarallisille potilaille erityislaitoksia, ja suunnitelma tällaisen vankilatyyppisen laitoksen perustamiseksi tehtiinkin vuonna 1950. Hanke jäi kuitenkin toteuttamatta, kun tehokkaat lääkehoitokuurit muuttivat taudin hoitokäytännöt.[310] Periaatteeksi muotoutui, että hoito toteutettiin siellä, missä potilaita epäsosiaalisuutensa vuoksi muutoin hoidettiin.[311] Pakkosäädökset säilyivät edelleen vuoden 1960 tuberkuloosilaissa. Yksilön oikeuksien uudenlaiseen huomioimiseen viittaa kuitenkin talousvaliokunnan tekemä tarkennus, jonka mukaan hengenvaaralliseen leikkaukseen ei ketään katsottu voitavan vastoin tahtoaan pakottaa.[312]

Tuberkuloosin torjumiseksi vuosina 1954–1958 kaikilta 19-vuotiailta, joiden tuberkuliinikoe havaittiin kielteiseksi, vaadittiin pakollinen rokotus. Vapaaehtoiset massarokotukset tuberkuloosia vastaan oli aloitettu vuonna 1948 jokaiselle 15–25-vuotiaalle toimitetulla henkilökohtaisella kutsukirjeellä. Jo vuonna 1949 suomalaisten todettiinkin olleen maailman täydellisimmin tuberkuloosia vastaan rokotettu kansa. Sittemmin tuberkuloosirokotteesta tuli itsestään selvä rutiinitoimenpide, joka annettiin vauvoille jo synnytyslaitoksella.[313] Kun myös lastenneuvolakäyntien olennaisena osana olivat rokotukset, harva niistä kieltäytyi. Vuonna 1962 syntyneistä neuvolaikäisistä peräti yli 98 prosenttia oli vapaaehtoisesti rokotettu paitsi tuberkuloosia, myös hinkuyskää, kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja poliota vastaan.[314]

Sukupuolitautien ja spitaalin osalta vuoden 1927 terveydenhoitolaissa todettiin, että viranomaisilla oli valta ryhtyä välttämättömiin pak-

309 Tahvanainen & Nirkko 2000, 19.
310 Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649, § 15–16; Härö 1992, 194–195.
311 VP 1959, A III:1, Hall. es. no 130, 3; VP 1959, PK II, 1685.
312 VP 1960, A III:2, Talousvaliok. miet. no 2, 3; Tuberkuloosilaki 26.7.1960 no 355, § 15–19, § 36.
313 Härö 1958, 70; Härö 1992, 168–174.
314 Hultin 1973, 24, 52. Rokotusohjelman historia 2013.

kotoimiin ”niinkuin siitä erikseen säädetään”.[315] Säädökset toteutuivat vasta 1940-luvulla: vuonna 1943 voimaan astunut sukupuolitautilaki ja vuonna 1945 säädetty pitalitautilaki edellyttivät sairaan ja tartunnasta epäillyn alistumista tutkimuksiin sekä tarvittaessa eristyshoitoon, ja sukupuolitautia koskevia määräyksiä tehostettiin vielä pakkotyön uhalla.[316] Sukupuolitautien torjunnassa noudatettiin jo 1920-luvun puolivälissä mietintönsä jättäneen komitean lähtökohtaa siitä, että kaikki kansalaiset tuli yhtäläisesti alistaa pakkotoimille. Yksittäisten moraalittomien (nais)kansalaisten kontrollin sijaan komitea painotti, että kun persoonallista vapautta joudutaan rajoittamaan:

> Tällöin ei kuitenkaan tarvitse eikä saakaan tulla kysymykseen minkäänlainen eroituksen tekeminen eri sukupuolien tai erilaisiin yhteiskuntaluokkiin kuuluvien henkilöiden välillä, vaan (…) lain edessä ovat kaikki kansalaiset täydellisesti yhdenvertaisia.[317]

Pakkotoimien oikeutusta perusteltiin osaltaan sukupuolitautien väestöpoliittisilla seurauksilla, kuten keskenmenoilla, hedelmättömyydellä ja avioeroilla.[318] Tautia levittävien prostituoitujen kontrollointi puolestaan ratkaistiin vuoden 1936 irtolais- ja alkoholistilakien kautta.[319]

Aikakauden pakkotoimien järjestelmällisyyttä kuvastaa se, että spitaalia koskevat pakkosäädökset luotiin yksittäisen niskuroivan potilaan taltuttamiseksi. Lain perusteluissa todettiin, että aiemmin tautiin sairastuneet olivat vapaaehtoisesti alistuneet hoitoon, mutta nyt eräs potilas oli kieltäytynyt lähtemästä Oriveden leprasairaalaan. Kaiken kaikkiaankin tautia sairastavia tiedettiin olevan koko maassa vain 16, joten kyse oli marginaalisesta ongelmasta.[320]

315 Terveydenhoitolaki 1.7.1927 no 192, § 12.

316 Sukupuolitautilaki 9.6.1939 no 198, § 2–4, § 11; Sukupuolitautiasetus 9.6.1939 no 199; Laki eräiden lakien voimaantulon lykkäämisestä 30.12.1941 no 934; Sukupuolitautilaki 25.1.1952 no 52, § 2–4, § 15–17, § 19; Pitalitautilaki 22.6.1945 no 638; Olin, T.E., Katsaus sukupuolitautien levinneisyyteen Suomessa ja sosiaaliseen merkitykseen sekä niiden vastustamiseen lainsäädännön avulla. Duodecim 2/1941, 79–109; Härö 1996, 18–20.

317 KM 1924:10, 99.

318 Olin, T.E. Sukupuolitaudit ja väestökysymys. Valvoja 3/1945, 102–109.

319 VP 1938, A I, Hall. es. no 33, 6. Sosiaalihuollon vastuulle kuuluvista alkoholisti- ja irtolaislaeista esim. Haatanen 1992, 142–163.

320 VP 1945, A I, Hall. es. no 15, 1; Pitalitautilaki 22.6.1945 no 638.

Maksuton laitoshoito pitkäaikaissairaiden luokittelijana

Vaikka yleisesti ottaen pakkosäännösten myötä kansalaisten oikeudet maksuttomiin palveluihin laajenivat, keskustelut pitkäaikaista hoitoa vaativien tuberkuloosin, mielisairauksien ja sukupuolitautien hoitomaksuista osoittavat sen monitahoisuuden ja kirjavuuden, jolla eri kansalaisryhmien maksuttoman hoidon oikeutusta arvotettiin.[321] Laajimmat oikeudet ilmaishoitoon oli sukupuolitautiin sairastuneilla. Sairaalahoito oli periaatteessa maksutonta varakkaillekin vuoteen 1937 saakka, jolloin valtion sairaaloiden ilmaispaikat rajattiin vain varattomille ja vähävaraisille.[322] Vuonna 1943 sairaalahoidon lisäksi myös kaikki muu sukupuolitaudin hoito – kunnanlääkärin apu, lääkkeet, tutkimukset, tarkastukset, matkat hoitopaikalle – säädettiin potilaan varakkuudesta riippumatta täysin ilmaiseksi.[323] Avohoidon maksuttomuus tuki lääkehoidon mahdollistamaa laitoshoidon vähentämistä, ja kaiken kaikkiaan maksuttomuus nähtiin yhteiskunnallisena itsesuojelutoimenpiteenä.[324] Lääkäreiden lehdessä korostettiin, että kun laki kohdistui vain tarttuvassa vaiheessa oleviin tauteihin, ”laki tähtää siis yhteiskunnan suojelemiseen (...) Yksilön etu on toisarvoinen kysymys”.[325]

Poikkeuksellisen laaja ilmaishoito herätti eduskunnassa kiivaan vastalauseen. IKL:n Hilja Riipisen mukaan oli moraalia höllentävää ja oikeudentuntoa loukkaavaa asettaa ”paheellisen elämän jälkitaudit erikoisasemaan jonkinlaisiksi valtiollisiksi ja kunnallisiksi taudeiksi”, kun samanaikaisesti tuhannet pitkäaikaissairaat jäivät köyhäinavun

321 Mielisairauksien ja tuberkuloosin ohella sukupuolitaudin hoito oli suhteellisen pitkäaikaista: kupan hoidossa käytettiin 1900-luvun alussa arsenikkiyhdisteitä, 1930-luvulla usein neosalvarsaania, jolloin hoito kesti lähes vuoden. Tippuria hoidettiin hopea- ja elophopeasuolaruiskeilla tavallisesti 1,5 kuukauden ajan. Penisilliini yleistyi 1940-luvun lopulta lähtien, mutta vasta 1950-luvun alkuvuosista lähtien se vakiintui ensisijaiseksi lääkehoidoksi. Forsius 2005; Härö 1996, 11–14; Vuorinen 2002, 150.

322 VP 1938, A I, Hall. es. no 33, 4.

323 Sukupuolitautilaki 9.6.1939 no 198, § 7; Sukupuolitautiasetus 9.6.1939 no 199, § 22.

324 VP 1938, A I, Hall. es. no 33, 4, 6; VP 1938, PK II, 1312.

325 Olin, T.E., Katsaus sukupuolitautien levinneisyyteen Suomessa ja sosiaaliseen merkitykseen sekä niiden vastustamiseen lainsäädännön avulla. Duodecim 2/1941, 88.

varaan. Maalaisliiton Aino Luostarisen ehdotus sukupuolitautisten kansalaisluottamuksen määräaikaisesta epäämisestä kertoo siitä, että tauti voitiin nähdä koko kansalaisuuden eetoksen rikkovaksi kelvottomuuden ja kansaan kuulumattomuuden osoitukseksi.[326]

Varakkaisiinkin ulottuvan ilmaishoidon Riipinen näki tienä ”koko lääkärikuntamme sosialisoimiseen”.[327] Maalaisliiton Antti Halonen ja apulaissosiaaliministeri Oskari Reinikainen korostivat kuitenkin, että maksuttomaan hoitoon liittyvän ”rangaistusluonteen” takia varakkaat hankkivat jatkossakin hoitonsa muualta:

> vapaa hoito on vain huokeilla yleisosastoilla ja se on tarkoituksella niin määrätty kun tiedetään, ettei sinne silloin enää kukaan sellainen potilas mene, jolla varoja vähänkin itsellään on, vaan ainoastaan sellainen, jonka on pakko varojen puutteessa sinne mennä.[328]

> kunnanlääkärit antavat kaupungeissa tätä hoitoa poliklinikalla, jossa on sitä rangaistusta, jota siellä IKL ryhmän muutamat edustajat kaipaavat, nimittäin, että ne istuvat kaikki vierivieressä, jokainen näkee siellä jonossa, millaisia täällä ollaan, ja eiväthän varakkaammat, kellä on rahaa, sinne mene. Ne antavat hoitaa niiden spesialistilääkärien, joita on tässä maassa, minun käsittääkseni, tarpeeksi paljon.[329]

Vaikka sukupuolitautikomitea olikin kaavaillut poliklinikoista hoitomuotoa, jossa potilaat säilyttivät asemansa työssäkäyvinä ja itsensä elättävinä kansalaisina ja jonne ”sairastuneet yleensä saapuvat tuntematta sitä epämieluisaa tunnetta, minkä sukupuolitautisairaala tavallisesti herättää”,[330] maksuttoman hoidon arkikokemus nähtiin itsestään selvästi stigmatisoivana ja leimaavana.

326 VP 1938, PK II, 1244–1245, 1351, 1355–1357.
327 VP 1938, PK II, 1355.
328 VP 1938, PK II, 1317.
329 VP 1938, PK II, 1357.
330 KM 1924:10, 136.

Sukupuolitautisten ilmaishoitoa koskevan moraalisen arvostelun rinnalla useassa eduskuntapuheenvuorossa vaadittiin erityisesti, että vastaava ilmaishoitouudistus olisi ulotettava koskemaan myös tuberkuloottisia.[331] Tuberkuloottisten ja mielisairaiden hoito rakentui 1920-luvulla köyhäinavun ja harvojen vapaasijojen varaan, mutta vuonna 1927 valtiollinen komitea ehdotti molempiin laitoksiin uutta maksuttoman hoidon väylää: puolet sairaansijoista kunnallisissa mielisairaaloissa sekä kuntien ja yksityisten perustamissa tuberkuloosiparantoloissa haluttiin määritellä vähävaraisten vapaasijoiksi. Kuten jo aiemmin todettiin, ehdotetut vapaasijat eivät koskeneet köyhäinhoidokkeja vaan niitä, ”joilla, joskaan eivät ole varattomia suorastaan köyhäinhoidollisessa merkityksessä, ei kuitenkaan ole varoja tuon yleensä pitkäaikaisen hoidon kustantamiseen”.[332] Komitea korosti vapaasijajärjestelmän merkitystä nimenomaan tuberkuloosihoidossa vapaaehtoisen hoitoonhakeutumisen kannustimena:

> Näihin [tuberkuloosilaitoksiin] ei ketään voida vasten hänen tahtoaan pakottaa. Milloin tahtoa on olemassa, ei sen toteuttamisen esteenä saa olla maksuvelvollisuus, joka käy yli voimien.[333]

Sen sijaan komitea arvioi ehdotuksensa vaikutukset mielisairaaloiden taloudessa vähäisiksi, sillä ”käytännöllisesti katsoen ovat jo nyt jotenkin kaikki niiden sairassijat vapaasijoja”.[334] Komitea viittasi lausunnollaan siihen, etteivät köyhäinhoitolaisetkaan maksaneet omia hoitomaksujaan eivätkä heidän hoitopaikkansa tuottaneet kuntataloudelle tuloja. Komitea jätti kuitenkin huomioimatta köyhäinhoidon kautta myönnetyn hoitopaikan ja ehdottamiensa vapaasijojen eron potilaan kansalaisaseman kannalta: vain uusi vapaasijajärjestelmä merkitsi potilaalle turvaa sairaalamaksujen takaisinperinnältä ja holhouksenalaisuudelta.[335] Tällä komitean näkökannalla oli ilmeisen suuri vai-

331 VP 1938, PK II, 1244, 1346, 1350, 1352–1353.
332 KM 1927:11, 1, 30.
333 KM 1927:11, 30.
334 KM 1927:11, 31.
335 Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145, § 51–52, § 53, § 58–59; Vauhkonen 1961, 92

kutus siihen, että vuonna 1929 hyväksytyssä laissa vapaasijasäädökset koskivat ainoastaan tuberkuloosiparantoloita.[336]

Onni Vauhkosen mukaan lain piirin rajaus vain tuberkuloottisiin oli kiistanalainen kysymys, sillä mielisairaaloiden vapaasijat olivat mukana vielä hallituksen esityksen yhdessä oikovedoksessa.[337] Itse asiassa myös lopullisen lakiesityksen perusteluissa todettiin selvästi, että myös mielisairaaloissa ainakin puolet sairaansijoista on vapaasijoja, mutta varsinaisessa lakitekstissä vapaasijat koskevat vain tuberkuloosiparantoloita.[338] Valtioneuvostossa lakiehdotus hyväksyttiin vain yhden äänen enemmistöllä, ja lakia vastustettiin sekä kustannusten että samanaikaisesti esillä olevien sairaus- ja vanhuusvakuutushankkeiden takia.[339] Eduskuntakäsittelyssä lain perustelun ja lakitekstin ristiriitaan ei kiinnitetty huomiota, vaan yksinomaan tuberkuloosihoitoon rajattu vapaasijasäännös hyväksyttiin keskusteluitta.[340] Esimerkiksi lääkintöhallituksen pääjohtaja Hannes Ryömä asetti puheenvuoroissaan tuberkuloosiparantoloiden rakentamisen mielisairaanhoidon kehittämisen edelle.[341]

Mielisairaanhoito jäi edelleen kunnallisen köyhäinhoidon varaan. Käytännössä alan köyhäinhoitoperustaisuuden raportoitiin 1930-luvulla johtaneen siihen yllättävään lopputulokseen, että köyhillä saattoi olla jopa varakkaita paremmat mahdollisuudet saada laitospaikka. Tämä johtui siitä, että vain varakkaimmat kunnat saattoivat varata riittävästi sairaansijoja myös itsemaksavia potilaita varten.[342] Myös Ruotsin sairaanhoidon "alaluokkaa" tutkinut Anders Berge on korostanut, että sosiaalisesti eriytyneen pitkäaikaissairaiden hoidon kääntöpuolena oli se, että hoidon tarpeessa ollut varakas saattoi jäädä kokonaan vaille

336 Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31.5.1929 no 269, § 1–2.
337 Vauhkonen 1961, 107.
338 VP 1929 I, A I, Hall. es. no 13, 2, 5.
339 Valtioneuvoston pöytäkirjat I 10.1.1929, 104; Valtioneuvoston pöytäkirjat II 1929, 2.2.1929, 101–111. (Ca:122–123) Valtioneuvoston kirjaajankonttorin arkisto, Kansallisarkisto.
340 VP 1929 I, PK, 444–445, 575–580.
341 VP 1929 I, PK I, 575–579.
342 SVT XI:54 1937, 55; Niemistö 1952b, 298–299; Törrönen 1982, 89.

hoitoa.[343] On kuitenkin ilmeistä, että kansalaisaseman rajoitusten lisäksi köyhäinhoidon kustantama hoito merkitsi usein laadultaan kehnointa hoitovaihtoehtoa eli kunnalliskotisijoitusta.

Vuonna 1952 säädetty uusi lakikaan ei tuonut mielisairaalahoidon maksuihin muutosta, sillä edelleen sairaalahoidosta laskutettiin päivämaksut. Sen sijaan uutena hoitomuotona käyttöönotettujen huoltotoimistojen antaman avohoidon maksuttomuus hyväksyttiin eduskunnassa keskusteluitta.[344] Tuberkuloosialalla edes laitosten vapaapaikkakiintiön säilyminen ei 1940-luvulla ollut itsestäänselvyys: vuonna 1943 valtiollinen komitea suunnitteli vapaapaikkojen osuuden supistamista keskusparantoloissa kolmannekseen taloudellisista syistä ja ennen muuta siksi, että paikkoja "väärinkäytettiin" sijoittamalla niihin kunnan köyhäinhoidon maksusitoumuksella olevia potilaita.[345] Hallitus tuki vapaasijojen vähentämistä, mutta ilmaispaikkojen osuus (50 %) säilyi kuitenkin ennallaan, sillä talousvaliokunta katsoi vähennyksen olevan arveluttava sodanjälkeisissä niukoissa oloissa, joissa tauti entisestään lisääntyi.[346]

On merkillepantavaa, että tuberkuloosilain (1948) ankarista pakkotoimista huolimatta parantoloiden ilmaishoitoa ei edelleenkään ehdotettu laajennettavaksi. Ainoa myönnytys – mielisairaanhoidon tavoin – oli tuberkuloositoimistojen antaman avohoidon maksuttomuus, joka sisällytettiin lakiin vastoin hallituksen esitystä: talousvaliokunnan mukaan maksujen kerääminen polikliinisesta hoidosta ei ollut asianmukaista.[347] Koko tuberkuloosihoidon maksuttomuus säädettiin vasta vuonna 1960, jolloin alan hoitopaikkatarve oli jo kuolleisuuden ja sairastuvuuden laskiessa pienentynyt. Avo- ja laitoshoidon, jälkihoidon ja lääkkeiden maksuttomuutta perusteltiin tuolloin taudin

343 Berge 2007, 64.
344 Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187, § 18, § 39, § 40; VP 1952, PK I, 42–44, 168–178. Esim. vuonna 1953 A-sairaalan hoitopäivä maksoi potilaalle I luokassa 450 mk ja II luokassa 250 mk, kun taas B-luokan sairaalassa hinnat olivat edullisemmat: 375 ja 200 mk. Sisäasiainministeriön päätös mielisairaanhoitolaitosten päivämaksuista 8.5.1953 no 204.
345 KM 1943:7, 67–68, 73.
346 VP 1945, A III:1, Hall. es. no 94, 2, Talousvaliok. miet. no 11, 1–2, Edusk. vastaus; B.S., Eräs tärkeä lainmuutos. Huoltaja 1–2/1946, 15–17.
347 VP 1947, A III:1, Hall. es. no 173, 5, 8; VP 1947, A III:1, Hall. es. no 173, Talousvaliok.miet. no 24, 2; Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649, § 23.

hoitoajan poikkeuksellisella pituudella sekä sillä, että ”tuberkuloosia sairastava tavallaan velvoitetaan hoitaman itseään muun yhteiskunnan suojaamiseksi”. Uuden lain todettiin itse asiassa vain vahvistavan jo noudatetun käytännön, sillä 1950-luvulta alkaen yhä useamman kunnan raportoitiin jättäneen tuberkuloosimaksut perimättä.[348]

Vuoden 1960 tuberkuloosilain yhteydessä tehty ehdotus erityisen toipilasrahan maksamisesta parantolasta pääseville potilaille jäi vaille riittävää kannatusta.[349] Monet kunnat maksoivat tällaista etuutta oma-aloitteisesti, mutta kuntakohtaisten erojen takia käytäntö todettiin epätasa-arvoa lisääväksi.[350] Jo 1940-luvun lopulla Tuberkuloosiliiton puheenjohtaja Edvard Pesonen (sd.) nosti eduskunnassa esille sairaudesta koituvat toimeentulo-ongelmat:

> Tuberkuloosiin sairastuneet kylläkin toimitetaan parantolaan (…) Hyvin harvoissa tapauksissa kiinnitetään sen jälkeen huomiota siihen, kuinka heidän perheensä tulevat toimeen tämän pitkän sairauden ajan (…) tuberkuloosikysymys ei saa tyydyttävää ratkaisua, ennen kuin tuberkuloottisten taloudellinen ja muu sosiaalinen huolto on ajanmukaisella tasolla.[351]

Pesonen viittasi työtapaturma-, sotavamma- sekä invalidilakien esimerkkiin sairastuneiden kokonaisvaltaisesta huoltamisesta ja korosti, että ”omatoimiseksi ja omillaan toimeentulevaksi saatettu tuberkuloottinen on yhteiskunnan rasituksena lyhyemmän ajan kuin sellainen, joka riittävän avun puutteessa jää jatkuvasti avustettavaksi.”[352] Pitkäaikaissairaiden huollon rakentuminen kytkeytyi tiiviisti invalidi-käsitteen sisällöstä ja rajoista 1940–1950-luvuilla käytyyn keskusteluun.

348 VP 1959, PK II, 1685; VP 1959, A III:1, Hall. es. no 130, 1, 3; Tuberkuloosilaki 26.7.1960 no 355, § 24–25.
349 VP 1959, A III:1, Hall. es. no 130, Talousvaliok. miet no 2, 9–10; VP 1960, PK I, 643; VP 1961, Liitteet VI, 4, Lak. al. no 54.
350 Y. S-o, Eräitä kokemuksia toipilasrahajärjestelmästä ja sen tuloksista. Huoltaja 18/1955, 503–506; VP 1961, Liitteet IV, 4, Lak. al. no 54; Kasanen 2007, 77–78.
351 VP 1947, PK V, 4358–4359; Hengitysliitto 2014.
352 VP 1947, PK V, 4358–4360.

Sodan uhreista siviili- ja sairausinvalideihin: kunniavelat ja mukaan kelpuutetut

Kun invaliditeetti-käsite kirjattiin vuonna 1895 työtapaturmavakuutuslakiin, sanalla viitattiin työ- ja ansiokyvyn menettämiseen. Invalidi-käsite kytkeytyi lisäksi sotakuntoisuuden menettämiseen ja palvelukseen kelpaamattomuuteen, ja sanalle vakiintui erityismerkitys nimenomaan sodassa haavoittuneisiin viittaavana terminä. *Sotainvalidien* huolto nousi ensimmäisen maailmansodan myötä yhteiskunnallisen keskustelun kohteeksi, ja kansan kunnian ja koskemattomuuden suojaamiseen liittyvät merkitykset vauhdittivat etuusjärjestelmien luomista.[353]

Suomessa vuoden 1918 sodassa vammautuneiden eläkettä nimitettiin ”kunniavelaksi, jonka maksamiseen kansakunnan kaikissa oloissa tulee kyetä”.[354] Sotapalvelus rinnastettiin vuonna 1919 säädetyssä laissa työsuhteeseen, jossa valtio toimi työnantajana, ja rahallisen korvauksen maksamista perusteltiin sillä, että vammautuneet olivat vapaaehtoisesti tarjonneet työvoimansa ja henkensä isänmaan pelastamiseksi. Ehdotus rakentui tapaturmavakuutuslain periaatteille sikäli, että tavoitteena oli ansionmenetyksen korvaaminen ja aiemman sosiaalisen aseman säilyttäminen. Laki oikeutti sotilasarvon ja työkyvyttömyysasteen mukaan määräytyvään pohjaeläkkeeseen ja vamman laadun mukaiseen lisäosaan. Sairaanhoidon osalta todettiin ainoastaan, että armeija-aikana pahentuneesta tuberkuloosista kärsineille tuli, mikäli mahdollista, hankkia vapaasija parantolasta. Lääkintähuolto jäikin järjestöjen kuten Vapaussodan Invalidien Liiton (1924) ja Suomen Punaisen Ristin vastuulle.[355]

Merkittävä rajaus oli, että etuus kohdistui ainoastaan *valkoisiin invalideihin*: eläkettä maksettiin 1920-luvun alussa alle 900 valkoisten puolella taistelleelle, kun taas punainvalidien likimain yhtä suuri

353 Harjula 1996, 170–185; Honkasalo 2000, 34–37.
354 VP 1918, A II, Hall. es. no 30, Valtiovarainvaliok. lausunto 7.2.1919 no 36, 12.
355 KM 1918:1a; Laki eläkkeistä vapaussodassa haavoittuneille sotureille sekä kaatuneiden ja sairauden johdosta kuolleitten soturien perheenjäsenille 28.4.1919 no 55; Nisonen, Onni, Valtion eläkkeet vapaussodan invaliideille ja kaatuneiden omaisille. SAik 7/1926, 473–480; Harjula 1996, 182–185; Honkasalo 2000, 40–45.

joukko jäi köyhäinavun varaan.[356] Vasemmisto tulkitsi lain rajauksen kostoksi, mutta esitykset lain ulottamisesta punainvalideihin tyrmättiin eduskuntakeskusteluissa vetoamalla oikeustajuun: kapinallisia ei katsottu voitavan asettaa parempaan asemaan kuin niitä, jotka ilman omaa syytään elivät köyhäinhoidon varassa.[357] Vasta talvi- ja jatkosodan myötä, kansan yhtenäisyyden nimissä, poliittinen kahtiajako haudattiin ja myös punainvalideille alettiin 1940-luvun alussa maksaa eläkettä.[358] Mirja Satka, jonka luonnehdinnan mukaan ”sotarintamalla luokkaristiriita ratkesi aseveljeydeksi”, on tiivistänyt sotavuosien ilmapiirin seuraavasti:

> (…) sota-ajan henki myös tasa-arvoisti ihmisten välisiä suhteita sosiaalisessa työssä: työläisten ja herrojen, punaisten ja valkoisten, auttajien ja autettavien sijasta oltiin ensi sijassa Suomen kansalaisia, joiden itsenäisyys ja olemassaolo oli uhattuna (…) Nyt ei haluttu toistaa kansalaissodan jälkeistä tilannetta, jossa vähäosaisempi väestö saisi apua vain leimaavan köyhäinhoidon kautta. (…) tarvittiin yhteinen kansa ja siksi sotasiirtolaisia, sotilaiden omaisia ja sodan uhreja haluttiin kohdella tasa-arvoisina ihmisinä. Vaikutusvaltaiset tahot loivat ideologiaa, jonka mukaan menetyksiä kokeneilla oli kansalaisoikeuksia apuun ja parempiosaisilla kansalaisvelvollisuus sen humaaniin antamiseen.[359]

Sotavuosina 1939–1945 pääpaino oli armeijan lääkintähuollon turvaamisessa, joten siviilien hoidosta jouduttiin tinkimään muun muassa tyhjentämällä sairaaloita ja kunnalliskoteja.[360] Yksittäisten, sodasta eniten kärsimään joutuneiden kansalaisryhmien – siirtoväen sekä ase-

356 Nisonen, Onni, Valtion eläkkeet vapaussodan invaliideille ja kaatuneiden omaisille. SAik 7/1926, 478; Niemi 1990, 357–362.

357 VP 1919, Liitteet IX, 4, Edusk. esit. no 48, 969; VP 1919 Liitteet IX, 5, Anom. ehd. no 143, 970–972; VP 1920, PK I, 127–129; VP 1919, Asiakirjat V:1, Edusk. esitysmiet. no 18, Sotilasasiainvaliok. miet. no 7, 1–3.

358 Niemi 1990, 366–376; Honkasalo 2000, 47.

359 Satka 1994, 295–296. Myös Hänninen 2001, 30–31.

360 Esimerkiksi tuberkuloosiparantoloista kotiutettiin talvisodan takia noin 3500 potilasta ja mielisairaaloista siirrettiin potilaita kunnalliskoteihin. Vuonna 1940 sairaalapaikkoja laskettiin menetetyn lähes 3000. Kastari 1965, 46–50, 61–63, 144–157.

velvollisten, kaatuneiden ja invalidien omaisten – hoidon turvaamiseksi annettiin kuitenkin joukko erityissäädöksiä. Siirtoväen huolto kattoi vuosina 1939–1950 evakuoidun väestön sairaanhoidon, johon sisältyi vähävaraisille potilaille myönnetty ilmainen lääkärinapu, lääkkeet, kyytikustannukset sekä sairaalahoito halvimmassa maksuluokassa. Vähävaraisuus oli edellytyksenä myös asevelvollisten, kaatuneiden ja invalidien omaisten maksuttomiin tai tuettuihin palveluihin.[361]

Kaikkien kansalaisten yhteiskunnallisen panoksen huomioimisesta kertoo se, että vuonna 1941 sotatapaturmalain säädökset maksuttomasta hoidosta, lääkkeistä, apuvälineistä ja matkakuluista sekä päivärahasta, elinkorosta ja omaisille maksettavasta huoltoeläkkeestä ulotettiin myös siviileihin. Siviilien osalta korvaustaso oli tosin alhaisempi ja vain sotatoimien aiheuttamia ruumiinvammoja koskeva, kun taas sotilaille korvattiin myös sairauden seuraukset. Sotilasarvo ja siviilin vuositulot määrittelivät korvauksen suuruuden.[362] Uuden lain tärkeyttä painotettiin huoltoväelle siteeraamalla sosiaaliministeri K. A. Fagerholmin eduskuntapuhetta:

> Me emme koskaan tule niin köyhiksi, ettei meillä ole varaa pitää huolta niistä, joille kaatuneet soturimme omistivat viimeisen ajatuksensa. Kunniavelkamme heille on maksettava, se on maksettava ennen muita velkoja.[363]

361 Vauhkonen 1961, 138–141. Köyhäinhoidon varassa olevia siirtolaisia varten luotiin omat käytännöt, ks. Kastari 1965. Kesästä 1940 lähtien jokaiselta ilmaiseen lääkärinhoitoon pyrkivältä siirtolaiselta alettiin vaatia todistus varattomuudesta tai vähävaraisuudesta. Kekkonen 1940, 28–30, 37–39; Kekkonen 1941, 57–59. Vaikka asevelvollisten, kaatuneiden ja invalidien omaisten sairaanhoidon erityisjärjestelyistä pääosin luovuttiin vuonna 1946, vähävaraiset perheelliset sotalesket olivat edelleen vuonna 1947 oikeutettuja sairausavustuksiin, joiden suuruudeksi määriteltiin puolet lääkärintarkastuksesta, lääkkeistä ja sairaalahoidosta aiheutuneista sairauskustannuksista. Esim. Valtioneuvoston päätös asevelvollisten omaisille sodan aikana annettavasta vapaasta sairaanhoidosta ja hautausavusta annetun valtioneuvoston päätöksen kumoamisesta 21.2.1946 no 153; Valtioneuvoston päätös perheellisille sotaleskille annettavista sairausavustuksesta 30.1.1947 no 68.

362 Sotatapaturmalaki 10.1.1941 no 15; Honkasalo 2000, 157–160; Mäntylä, J.E., Korvaus sotatapaturmista. SAik 1/1941, 1–10.

363 Mäntylä, J.E., Korvaus sotatapaturmista. SAik 1/1941, 10.

Vuonna 1948 sotilastapaturmalaki yhdenmukaisti – vuoden 1918 valko- ja punainvalidien huolto mukaan lukien – sotaan liittyvien vammojen korvausperusteet. Merkittävänä tasa-arvoa korostavana muutoksena on pidetty sitä, että erisuuruisista maksuluokista siirryttiin tasasuuruiseen, sotilasarvosta ja ansiotuloista riippumattomaan, vamman haitta-asteen mukaiseen korvaukseen.[364] Sodissa vammautuneiden erityishuolto laajeni myös ammattikoulutukseen sekä työhönsijoitukseen ja avasi siten tietä kuntoutusajattelulle.[365] Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimuksen mukaan sotilasvammakorvaukset olivat markkamääräisesti tarkasteluna suurin yksittäinen sairausturvan muoto 1940-luvulta aina sairausvakuutuslain voimaantuloon asti.[366]

Yhteiskunnan avun laajentamista sodan ulkopuolella vammautuneisiin eli *siviili-invalideihin* perusteltiin sillä, että he olivat yhtä lailla yhteiskunnallisten olosuhteiden uhreja, jotka olivat menettäneet työkykynsä toimiessaan yhteiskunnan hyväksi.[367] Vuonna 1946 säädetty invalidihuoltolaki oikeuttikin sairaalahoitoon, apuvälineisiin ja lääkkeisiin sekä koulutus- ja työhuoltopalveluihin, mutta lain kohdejoukko rajattiin tarkasti: etuuksien piiriin kuuluivat vain fyysisistä vammoista kärsivät – ennen muuta sokeat, raajarikot ja kuurot – kun taas psyykkisiä vammoja tai etenevää sairautta potevat rajattiin lain ulkopuolelle. Tiukat rajaukset perusteltiin sillä, että invalidihuoltoa myönnettiin työ- ja toimintakyvyn sekä ansiomahdollisuuksien parantamiseksi. Kun tavoitteena oli invalidien kohottaminen ”ainakin osittain omasta toimeentulostaan huolehtiviksi yhteiskuntaa hyödyttäviksi kansalaisiksi”, etusija annettiin niille, joilla katsottiin olevan parhaat edellytykset huollon tuloksellisuuteen. Tulevan hyödyn korostaminen näkyi myös etuudelle asetetussa ikärajassa: huoltoa annettiin vain poikkeustapauksissa yli 40-vuotiaille.[368] Invalidihuollossa korostettiin invalidin oman työkyvyn merkitystä ja omatoimisuuteen

364 Honkasalo 2000, 311–319; Waris 1978, 235–236.

365 Honkasalo 2000, 156–157, 219–230, 518–519.

366 Sotilasvammakorvausten suuruutta verrattiin vuosina 1920–1972 sairausvakuutukseen, tapaturmavakuutukseen ja invalidirahaan. Suominen, Halla & Laapotti 1974, 68–73.

367 Harjula 1996, 175–177.

368 Invaliidihuoltolaki 30.12.1946 no 907, § 2; Invaliidihuoltoasetus 30.12.1946 no 908, § 19; P.V., Invaliidihuoltolaki. Huoltaja 3/1947, 33–34; Kasanen 2007, 30–34.

kannustamista, ja vain työtätekevät, nuhteettomat invalidit palkittiin maksamalla heille vuodesta 1951 alkaen invalidirahaa.[369]

Invalidihuoltolain erityispiirre oli, että jatkuvaa sairautta poteva pääsi etuuksien piiriin vain poikkeustapauksissa eli silloin, kun taudinkuvan katsottiin todennäköisesti johtavan invaliditeettiin.[370] Lain ulkopuolelle jäivät siten muun muassa tuberkuloottiset – joiden huoltotilanteeseen vuoden 1948 tuberkuloosilakikaan ei vielä tuonut ratkaisevaa muutosta – sekä reumapotilaat, joiden kehnoon asemaan kiinnitettiin huomiota myös eduskunnassa:

> Tähän asti on reumatismi joutunut olemaan sellaisten tautiryhmien varjossa kuin tuberkuloosi, mielisairaudet ja sukupuolitaudit. Tämä on johtunut siitä, että reumasairas ei aiheuta ympäristölleen tartuntaa tai muuta vaaraa. Sairauden aiheuttamat kivut ja invaliditeetin kantaa yksilö. Siitä kärsivät vain hänestä riippuvaisuussuhteessa olevat, ennen kaikkea perhe, taloudellisesti. Siksi ei reumasairauksiin ole kiinnitetty riittävää huomiota.[371]

Ensimmäinen varsinainen reumasairaala valmistui vuonna 1951, mutta valtionapuprosentti jäi tuberkuloosihuoltoa alhaisemmaksi eikä vapaapaikkoja edellytetty lainkaan.[372] Tuberkuloosiliiton, Reumaliiton, samoin kuin muidenkin vammais- ja potilasyhdistysten edunvalvonta- ja painostusrooli korostui 1940–1950-luvuilla, ja järjestöt pyrkivät korostamaan jäsentensä yritteliäisyyttä, omatoimisuutta ja yhteiskunnallista merkitystä.[373]

Kysymys *ns. sairausinvalidien* huollosta tiivistyi Heli Leppälän mukaan kysymykseen, ketä kannatti kuntouttaa. Sairausinvalidien huolto toteutettiin laajentamalla invalidihuoltolain kohdejoukkoa, mutta vain yksittäisten sairauksien osalta ja siten, että eri sairauksia

369 Eskelinen 1998, 109.
370 Invaliidihuoltolaki 30.12.1946 no 907, § 3; Kasanen 2007, 32, 34–35.
371 VP 1950, Liitteet VI, 7, Toiv. al. no 86. Reumatauteihin oli kiinnitetty huomiota 1930-luvulta lähtien. Esim. VP 1938, Liitteet VI, 6, Toiv. al. no 31; VP 1938, A V:2, Talousvaliok. miet. no 23, Edusk. toivomus; Kasanen 2007, 36–47.
372 VP 1951, A III:1, Hall. es. no 27, Talousvaliok. miet. no 2, Edusk. vastaus; VP 1951, PK I, 549–550, 552, 555; Pentikäinen 1992, 91–96.
373 Mähönen 1996, 214–231; Kasanen 2007.

potevien oikeudet laajenivat milteipä sattumanvaraiselta vaikuttavassa järjestyksessä (taulukko 28).[374] Esimerkiksi tuberkuloosia sairastavista vain luu- ja niveltuberkuloottiset pääsivät lain tarjoaman lääkintähuollon piiriin, mutta keuhkotuberkuloottisille myönnettiin vain työhuoltoa ja koulutusta silloin, kun se ”sairauden vaiheeseen nähden katsotaan tarkoituksenmukaiseksi ja muutoin kohtuulliseksi”.[375] Aikakauden yksittäisratkaisuihin perustuva huoltokäytäntö konkretisoitui lapsihalvaus- eli poliopotilaiden tilanteessa: ilmainen hoito järjestyi terveydenhoitolain pohjalta silloin, kun kyse oli taudin tarttuvasta vaiheesta ja invalidihuoltolain pohjalta silloin, kun potilaalla oli paranemismahdollisuuksia eli noin vuoden ajan. Kun muista syistä aiheutuneet ja pitkällisemmät tapaukset jäivät potilaan itsensä vastuulle, vuonna 1957 säädettiin laki hengityshalvauspotilaiden maksuttomasta hoidosta.[376]

---

374 Heli Leppälä on julkaissut pro gradu -tutkimuksensa tyttönimellä: Kasanen 2007, 35–40; Leppälä 2014.

375 Laki invaliidihuoltolain muuttamisesta 9.5.1952 no 209; Valtioneuvoston päätös invaliidihuollon antamisesta eräille jatkuvaa sairautta poteville invaliideille 25.6.1953 no 300.

376 VP 1956, A III:1, Hall. es. no 112; Laki hengityshalvauspotilaiden hoitokustannuksista 15.3.1957 no 129.

Taulukko 28. Invalidihuoltolain etuuksien piiriin kuuluvat ryhmät vuoteen 1955 mennessä[377]

ryhmä	lääkintähuolto				koulu-tus	työ-huolto
	sairaala-hoito ja jälkihoito	apuvä-lineet	lääk-keet	matkat		
fyysisesti vammaiset, erit. raajainvalidit, sokeat, kuurot	1946	1946	1946	1946	1946	1946
polio eli lapsihal-vaus, joka ei ole tarttuva	1953	1953	1953	1953	1953	1953
tukkeavan verisuoni-taudin takia jäsenen-sä menettänyt		1953		1953	1955	1953
luu- ja niveltuberku-loosi, alle 16-v.	1953	1953	1953	1953	1955	1955
luu- ja niveltuberku-loosi, yli 16-v.	1955	1953	1955	1953	1955	1953
keuhkotuberkuloosi, joka ei tarttuvassa vaiheessa					1953	1953
jatkuvan korvasai-rauden aiheuttama huonokuuloisuus		1953		1953	1955	1953
viherkaihi			1953			
muu jatkuva silmäsairaus					1955	1953
krooninen nivelreuma		1954		1954	1955	1954
kaatumatauti, joka ei huonone eikä aiheu-ta vakavia sielullisia oireita			1955		1955	1955

377 Invaliidihuoltolaki 30.12.1946 no 907; Valtioneuvoston päätös invaliidihuollon antamisesta eräille jatkuvaa sairautta poteville invaliideille 25.6.1953 no 300; Valtioneuvoston päätös invaliidihuollon antamisesta eräille jatkuvaa sairautta poteville invaliideille annetun valtioneuvoston päätöksen muuttamisesta 18.3.1954 no 159; Valtioneuvoston päätös invaliidihuollon antamisesta eräille jatkuvaa sairautta poteville invaliideille 2.12.1955 no 487. Seppo Eräkannon mukaan vuoden 1953 uudistus jäi paperille, joten käytännössä uudistukset astuivat voimaan vasta vuoden 1955 asetuksen myötä vuoden 1956 alussa. Invalidihuollon alaa laajennettiin edelleen 1960–1980-luvuilla. Lääkkeet poistettiin lääkintähuollosta sairausvakuutuslain (1963) myötä. Eräkanto 1998, 114–121; Forsman 1983.

Invalidihuoltolain lääkintähuollon etuuksia saaneiden joukko kasvoi 1950-luvun aikana noin 3000:sta vajaaseen 9000:een,[378] mutta esimerkiksi kansaneläkkeeseen verrattuna kyse oli varsin pienen joukon huollosta. Invalidihuoltolaki edusti aikakautensa varallisuusharkintaan pohjaavaa avustuslinjaa: vain invalidihuoltohakemuksen edellyttämä lääkärintarkastus maksettiin valtion varoista kokonaan, ja muun lääkintähuollon osalta tuen suuruus riippui invalidin varallisuudesta. Täyden köyhäinhoidon varassa olevien lääkintähuolto kuului kunnan maksettavaksi, mikä muun lainsäädännön tapaa ylläpiti rajaa köyhäinhoidokkien ja muiden avustettavien välillä.[379] Kahtiajakoa sota- ja siviili-invalideihin loivennettiin vuonna 1954 sikäli, että lääkintähuoltoa lukuun ottamatta muu sotainvalidien huolto sisällytettiin invalidihuoltolakiin.[380] Sen sijaan yhteiskuntakelpoisuutta ja vastavuoroisuutta korostava ajattelu ylläpiti jakoa ruumiillisesti ja henkisesti vammautuneiden välillä, ja mielisairaiden ja vajaamielisten asema köyhäinhoidokkeina säilyi edelleen.[381]

Reformit ja köyhäinhoidokin kansalaisaseman murros

Uusista sosiaalietuuksista huolimatta viimesijainen – ja monelle perheelle ainoa – sairausajan turva oli edelleen köyhäinhoito. Vuonna 1922 säädetty köyhäinhoitolaki painotti kunnan velvollisuutta huollettavan terveydestä huolehtimiseen: varattomalle sairaalle ja mielisairaalle oli säädöksen mukaan hankittava tarpeenmukaista sairaalahoitoa ja erikseen mainittiin, että ruumiinvian parantamiseksi tai lieventämi-

378 Lukuihin on laskettu yhteen lääkintähuollon eri muotoja koskevat päätökset. Samalle henkilölle on saatettu myöntää tukea eri päätöksillä. Eräkanto 1998, 113–115.

379 Kunnan maksamaa lääkintähuoltoa ei kuitenkaan voitu periä takaisin. Invaliidihuoltolaki 30.12.1946 no 907, § 8; Forsman 1983, 18–19.

380 Tarasti, Aarne, Invaliidihuollon viimeaikainen kehitys. SAik 11–12/1953, 419.

381 Eduskunnassa esitetyt yksittäiset aloitteet mielisairaitten hoidon maksuttomuudesta eivät 1950–1960-luvuillakaan johtaneet tuloksiin tai laajamittaisiin keskusteluihin. VP 1951, Liitteet VI:8, 717; VP 1961, Liitteet VI:15, 427; VP 1966, Liitteet VI:68, 899. Kehitysvammaishuollon maksujen osalta viitattiin niin ikään huoltoapulakiin. Vajaamielislaki 7.3.1958 no 107, § 25.

seksi oli hankittava hoitoa ja apua.[382] Vaikka lakitekstissä puhuttiin kirjaimellisesti ottaen vain sairaalahoidosta, säännöksen tulkittiin tarkoittavan myös avohoitona annettua lääkärinhoitoa. Huoltaja-lehti korosti, että jos kunnassa ei ollut kunnanlääkäriä, velvoite voitiin täyttää tekemällä sopimus paikkakunnalla toimivan yksityislääkärin kanssa.[383] Jos taas kunnassa ei ollut omaa kunnansairaalaa, hoidokki neuvottiin lähettämään kunnan maksusitoumuksen kera valtion yleiseen sairaalaan, jossa "varattomalle sairaalle lasketaan maksu alimman sijamaksun mukaan ja tulee hän vuoroonsa maksuttomien paikkojen ilmaantuessa sellaisesta osalliseksi".[384] Vuonna 1956 köyhäinhoitolain korvannut huoltoapulaki paransi sairaiden mahdollisuutta avunsaantiin sikäli, että sairaanhoidon lisäksi sairauden vaatiman jälkihoidon järjestäminen nimettiin kunnan velvollisuudeksi.[385]

Jo köyhäinhoitolakia käsiteltäessä vuonna 1922 Miina Sillanpää vaati avustuksen takaisinperinnän rajoittamista vain tapauksiin, joissa henkilö oli "päässyt varoihinsa". Ajatus ei saanut riittävää kannatusta, vaan lakitekstin mukaan jokainen oli edelleen velvollinen korvaamaan täysi-ikäisenä saamansa avun. Kunnalla oli kuitenkin mahdollisuus luopua korvausvaateesta erityisesti silloin, kun henkilön katsottiin menettävän mahdollisuutensa itsensä ja omaistensa elättämiseen.[386] Pula-aikana hoitomaksujen korvausvelvollisuus herätti eduskunnassa laajaa keskustelua varsinkin mielisairaille aiheutuneiden velkataakkojen takia,[387] ja vuonna 1936 eduskunta hyväksyi toivomuksen korvausvelvollisuuden pikaisesta supistamisesta. Sosiaalidemokraatit ehdottivat työttömyyden ja pienen palkan takia annetun avun korvausvelvollisuuden poistamista, ja laki- ja talousvaliokunnan niukalla enemmistöllä ehdotukseen liitettiin myös sairauden aiheuttama köyhäinapu. Kun sairausvakuutuksen nopeaa toteutumista ei pidetty mahdollisena, takaisinperinnästä luopuminen miellettiin välttämättö-

382 Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145, § 36–38.
383 T. A-o, Lääkärinhoito, lääkärinpalkkio ja niiden korvaaminen. Huoltaja 1/1937, 19–23.
384 Tavastähti 1926, 182.
385 VP 1955, PK II, 1907; Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 16.
386 VP 1921, PK II, 1850, 2093–2094; Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145, § 51–52.
387 VP 1935, A III:2, Talousvaliok. miet. no 11, 3, 8; VP 1935, PK III, 2038, 2045–2046, 3442, 3447–3448.

mäksi, varsinkin kun harkinnanvaraisen käytännön väitettiin antavan tilaa jopa poliittiselle mielivallalle.[388] Porvaripuolueiden vastalauseessa harkinnanvaraisuutta pidettiin kuitenkin riittävänä käytäntönä.[389] Vaikkei lakimuutosta tuolloin saatukaan aikaan, yhteenvetona todettiin kuitenkin, että asia oli vastustajissakin herättänyt myötätuntoa. Esikuvana pidettiin Ruotsia, jossa takaisinperintä toteutettiin vain vilppitapauksissa. Suomenkin sosiaalisessa lainsäädännössä korostettiin tarvittavan ”askelta Skandinaviaa kohti”.[390]

Sosiaalialan Huoltaja-lehdessä korvauskysymys herätti kiivasta väittelyä vuonna 1937. Palstatilaa sai kirjoitus, joka kysyi, oliko korvausten periminen ylipäätään viisasta yhteiskunnallista tai taloudellista politiikkaa ja vastasiko maalaiskunnissa kirjaimellisella jyrkkyydellä toimeenpantu ”velkavankeuden nykyaikainen miedontunut vastike” kansan oikeustajuntaa. Vastineissa korostettiin, että joissain kunnissa korvauksia ei peritty lainkaan.[391] Matti Hannikainen on osoittanut, että 1930-luvun Helsingissä vain alle 10 prosenttia köyhäinavun kokonaissummasta perittiin takaisin yksityishenkilöiltä ja että esimerkiksi työttömyyden takia avustetuista vain viidennes maksoi saamaansa apua takaisin. Helsingin köyhäinhoitolautakunnassa vuonna 1937 hyväksytyn muistion mukaan varattomilta, pitkäaikaista hoitoa tarvitsevilta tuberkuloottisilta ei ollut velottu korvausta lainkaan, ja samaa käytäntöä aiottiin vastedes noudattaa myös muiden pitkällistä tautia sairastavien sekä vanhusten osalta.[392] Huoltaja-lehden keskustelussa korostettiin, että takaisinperinnän laajamittainen poistaminen aiheuttaisi kestämättömän huoltorasituksen. Lehden toimitus kuitenkin

388 VP 1936, Liitteet VII, 3, Lak. al. no 50; VP 1936, A V:1, Lak. al. miet. no 2, Laki- ja talousvaliok. miet. 3, Edusk. toivomus; VP 1936, PK I, 539, 621–623; A. L:e, Kysymys köyhäinhoitoavustusten takaisin korvaamisesta. Huoltaja 24/1936, 528–529. Myös: VP 1939, Liitteet VII, 8, Toiv. al. no 19.

389 Vastalauseeseen osallistui Kokoomuksen, Maalaisliiton, IKL:n ja RKP:n edustajia. VP 1936, A V:I, Lakialoite miet. no 2, Laki- ja talousvaliok. miet. no 3, 3.

390 VP 1936, PK I, 540, 623, 642.

391 Salonen, K. D .J., Köyhäinhoitoavustusten takaisinmaksamisvelvollisuudesta. Huoltaja 2/1937, 44–46; Edellä olevan johdosta. Huoltaja 2/1937, 47–49; Virtanen, J., Vieläkin köyhäinhoitoavustusten takaisinmaksamisvelvollisuudesta. Huoltaja 4/1937, 92–93; Salonen, K.D.J., ”Täyttä köyhäinhoitoa” nauttivien takaisimaksamisvelvollisuudesta. Huoltaja 6/1937, 140–149. Edellä olevan johdosta. Huoltaja 6/1937, 143–149.

392 Hannikainen 2001, 44–59.

myönsi, että kuntien huoltoviranomaisilta puuttui toisinaan sosiaalinen tarkoituksenmukaisuus ja inhimillisyydentunto.[393]

Tilannetta mutkisti se, että korvausvelvollisuuden rajat olivat epäselviä ja monitulkintaisia. Huoltaja-lehdessä tulkittiin vuonna 1937, että yhteen ainoaan lääkärikäyntiin myönnetty köyhäinapu oli luonteeltaan ehkäisevää huoltoa. Tällaisen, kunnalle vapaaehtoisen avun korvausvelvollisuus oli köyhäinhoitolaissa rajoitettu avunsaajaan itseensä: hänen sukulaisensa tai – mikäli kyseessä oli ulkopaikkakuntalainen – kotikuntansa ei ollut sitä velvollinen apua myöntäneelle kunnalle korvaamaan. Vasta useamman hoitokerran katsottiin muuttavan lääkärinavun varsinaiseksi köyhäinhoidoksi, mikä toi mukanaan laajemman korvausvelvollisuuden.[394] 1950-luvun puolivälissä lääkärinavun korvausvelvollisuudesta esitettiin kaksi täysin vastakkaista kantaa: sosiaaliministeriön ohjeen mukaan varattomuustodistuksilla annettu ilmainen lääkärinhoito oli täysin verrattavissa muuhun köyhäinhoitoon ja siksi takaisinperinnän alaista.[395] Sen sijaan Helsingin kaupungin huoltoviraston edustajana varatuomari Osmo Toivola katsoi, että maksuton lääkärinapu ei ollut lainkaan köyhäinapua, koska se ei pohjautunut köyhäinhoitolakiin vaan useimmiten kunnanlääkärin ohjesääntöön. Varattomuustodistuskaan ei Toivolan mukaan muuttanut apua köyhäinhoidoksi, sillä sama todistus vaadittiin myös esimerkiksi tuberkuloosiparantolan vapaasijoja varten, eikä sitäkään tulkittu köyhäinavuksi. Toivola katsoi, että vain lääkkeistä ja sairaanhoitotarvikkeista aiheutuneet kulut olivat takaisinperittävää köyhäinhoitoa, jos ne suoritettiin sosiaalilautakunnan määrärahoista.[396] Kun alan johtavat tahot tulkitsivat asiaa täysin eri tavoin, on ilmeistä, että kuntien ratkaisut asiassa olivat kirjavat. Lääkärinpalkkioiden ohella kokonaan oma ongelmakenttänsä oli laitoshoidosta perittyjen

393 Salonen, K. D. J., Köyhäinhoitoavustusten takaisinmaksamisvelvollisuudesta. Huoltaja 2/1937, 44–46; Edellä olevan johdosta. Huoltaja 2/1937, 47–49; Virtanen, J., Vieläkin köyhäinhoitoavustusten takaisinmaksamisvelvollisuudesta. Huoltaja 4/1937, 92–93; Salonen, K. D. J., ”Täyttä köyhäinhoitoa” nauttivien takaisimaksamisvelvollisuudesta. Huoltaja 6/1937, 140–149. Edellä olevan johdosta. Huoltaja 6/1937, 143–149.

394 Tavastähti 1926, 197; T. A-o, Lääkärinhoito, lääkärinpalkkiot ja niiden korvaaminen. Huoltaja 1/1937, 19–23.

395 Varattomien ja vähävaraisten henkilöiden lääkärinhoito. Huoltaja 10/1955, 296.

396 Toivola, Osmo, Ilmainen lääkärinhoito. Huoltaja 20/1955, 577–581.

korvaussummien määrittely, jota pyrittiin 1930-luvun puolivälissä yhdenmukaistamaan erityisten taksojen avulla.[397] Se, että sairaalat vaativat ennakkomaksua tai sosiaalilautakunnan maksusitoumusta sairaalaan otettaessa, todettiin potilaan kannalta hankalaksi käytännöksi.[398]

Sotien jälkeen köyhäinhoidon korvauskysymystä tarkasteltiin kahdessa eri komiteassa täysin erilaisista lähtökohdista. Vuonna 1946 huoltolakien tarkistamiskomitea korosti sairauden ja vanhuuden takia annetun avun takaisinperimisen suurta merkitystä kuntataloudelle. Komitea ehdottikin uuteen lakiin kirjattavaksi ainoastaan kuntia velvoittamattoman maininnan siitä, että sairauden takia annetun avun korvauksesta voitiin luopua.[399] Tavoitteena oli säilyttää selvä ero köyhäinhoidon ja "ilmaisten" sosiaaliavustusten välillä:

> (…) on yhteiskunnallisesti tarkoituksenmukaista, että erilaisia huoltotoiminnan erikoisaloja kehitetään köyhäinhoitolaista erillisinä ja rajoitetummin korvausvelvollisuuksin, vaikkapa joissakin tapauksissa kokonaan ilmankin korvausvelvollisuutta, mutta (…) köyhäinhoito, joka viimeisenä keinona turvaa (…) välttämättömän elatuksen ja hoidon (…) on pysytettävä sellaisella pohjalla, että sen mainittu luonne säilyy ja tarpeeton turvautuminen siihen saadaan tehokkaasti ehkäistyksi.[400]

Sen sijaan vuonna 1949 huolto-ohjelmakomitea ehdotti takaisinperimistä vain silloin, kun avuntarpeen syynä oli henkilön oma syy tai laiminlyönti. Jos taas kysymyksessä oli avunsaajan omasta tahdosta riippumaton syy kuten työttömyys, sairaus tai ruumiinvika, korvauksesta oli luovuttava. Komitea teki näin ollen selvän eron sosiaalisen riskin ja tuottamuksellisen avun tarpeen välillä. Komitean uudenlaista lähestymistapa kuvastaa se, että samalla täysi-ikäisten lasten ja vanhempien välinen korvausvelvollisuus ehdotettiin poistettavaksi.

397 KM 1935:7.
398 VP 1953, Liitteet VI, 16, Toiv. al. no 96, 282; VP 1954, Liitteet VI, 11, Toiv. al. no 111, 417; VP 1954, A V:2, Toiv. al. miet. no 51, Talousvaliok. miet. no 16; VP 1955, A V:2, Edusk. toiv., Toiv. al. miet. no 51.
399 KM 1946:4, 20, 108–109.
400 KM 1946:4, 109.

Tätä periaatteellista muutosta perusteltiin ”nykyisessä yhteiskunnassa vallitsevalla solidaarisuuden tunteella ja käytännöllä, jonka mukaan yhteiskunta yleensäkin on entistä enemmän ryhtynyt huolehtiman jäsentensä asioista”.[401]

Kun sosiaalidemokraatit niin ikään vaativat 1946 korvausvelvollisuuden täydellistä poistamista, he perustelivat köyhäinhoidon periaatteiden uudistamistarvetta tavalla, joka nosti esiin poliittisten ja sosiaalisten kansalaisoikeuksien tiiviin kytköksen:

> Kun yleisen huoltoperiaatteen mukaista on, että yhteiskunnan tulee huolehtia kaikista todellisen avustuksen tarpeessa olevista kansalaisista, niin olisi tämä avustus järjestettävä myöskin käytännössä avustuksen eikä lainan muotoiseksi. Viime aikoina on kyllä sosiaalisen huoltokäsitteen suhteen tapahtunut käsitteiden uudistumista. M.m. viime vuonna poistettiin avustuksen saannista aiheutunut äänioikeuden menetys, joten nekin henkilöt, jotka syystä tai toisesta eivät kykene itseään elättämään, tunnustettiin muiden yhteiskunnan jäsenten kanssa samanarvoisiksi yhteiskunnan jäseniksi.[402]

Sosiaalidemokraattien aloitteessa viitattiin vuonna 1944 toteutuneeseen valtiopäiväjärjestyksen muutokseen, jolla köyhäinhoito poistettiin äänioikeusesteiden joukosta. Valtiollisen käytännön esimerkkiä seurattiin kunnallisissa vaalilainsäädännössä vuonna 1948.[403] Köyhäinhoidokkien pääsyä vaaliuurnille oli puollettu jo 1920-luvulta lähtien vetoamalla köyhyyden yhteiskunnalliseen syy-yhteyteen sekä köyhien antamaan yhteiskunnalliseen panokseen:

> Kun työläiset ovat parhaan ikänsä raataneet työtä yhteiskunnan hyväksi ja ovat siinä raadannassa menettäneet työkykynsä ja ter-

401 KM 1949:7, 48–49.
402 VP 1946, Liitteet VII, 15, Toiv. al. no 61. Myös: VP 1946, Liitteet VII,6, Lak. al. no 19; VP 1946, A V:1, Lak. al. miet. no 15, Laki ja talousvaliok. miet. no 22, Edusk. toivomus; VP 1948, Liitteet VII, 7, Toiv. al. no 116; VP 1950, A V:2, Toiv. al. miet. no 203, Laki- ja talousvaliok. miet no 43.
403 Harjula 2010, 10–12.

> veytensä ja ovat joutuneet nauttimaan yhteiskunnan avustusta, ei ole siveellistä oikeutta heitä silloin työntää ikäänkuin yhteiskunnan ulkopuolelle.[404]

Vaalisäännösten muutos voidaan nähdä pikemmin käytännöllisenä ratkaisuna kuin ideologisena muutoksena, sillä täyden ja pysyvän köyhäinavun saajat – ennen muuta laitoshoidossa olevat vanhukset, mielisairaat ja vammaiset – olivat joka tapauksessa edelleen vailla äänioikeutta holhouksenalaisuutensa tähden.[405] Käytännössä holhouksenalaiseksi asetettiin usein vain ne kunnalliskotihoidokit, joilla oli varallisuutta, jotta huoltolautakunta saattoi huolehtia heidän omaisuudestaan. Näin ollen jopa samaan huoneeseen sijoitetut kunnalliskotihoidokit saattoivat joutua erilaisen kohtelun alaiseksi. Äänioikeuden kannalta lopputulos oli sikäli nurinkurinen, että varaton kunnalliskotihoidokki saattoi olla oikeutettu äänestämään, mutta varallisuutta omaava ei.[406]

Köyhäinhoitolain holhoussäädöksen ongelmallisuus kävi ilmeiseksi kansaneläkeuudistusten myötä. Kun kansaneläkelain ulkopuolelle rajatuille, ennen vuotta 1884 syntyneille vanhuksille alettiin maksaa täysin vastikkeetonta vanhuusavustusta vuonna 1952 ja työkyvyttömät pääsivät vastaavan avustuksen piiriin vuonna 1955, monella aiemmin täysin varattomalla, köyhäinavun varassa elävällä vanhuksella tai pitkäaikaissairaalla oli yhtäkkiä säännölliset, joskin niukat tulot. Vuonna 1956 kansaneläkejärjestelmä irtautui kokonaan henkilökohtaisiin säästöihin rakentuvasta perustastaan ja eläkkeiden tasoa nostettiin, kun kaikille samansuuruisen perusosan lisäksi tietyn tulorajan alle jääneet saivat lisäeläkkeen. Kai Häggman toteaakin, että kokonaisten tuberkuloosiparantoloiden ja mielisairaaloiden hoidokit hakivat keskitetysti työkyvyttömyyseläkkeitään.[407]

404 VP 1925, PK I, 45.
405 Tarkiainen 1971, 38–41; Harjula 2010, 11–12.
406 VP 1952, A V, Lak. al. miet. no 17, Laki- ja talousvaliok. miet. no 7; VP 1952, PK I, 756–758; Harjula 2010, 12.
407 Häggman 1997, 48–49, 54–56, 59–60, 90–91.

Köyhäinapulain vuonna 1956 korvannut huoltoapulaki pyrki sovittamaan köyhäinhoidon periaatteet uusien sosiaalireformeihin aiheuttamiin muutoksiin. Holhouksenalaisuus todettiin ”nykyaikaiseen katsantokantaan soveltumattomaksi” ja tilanne ratkaistiin siten, että ainoastaan mielisairaanhoitolaitoksissa huoltoapua saaneet asetettiin vastedes holhoukseen. Kaikki muut pysyvästi avustetut saivat näin ollen äänioikeuden.[408]

Kun hoidokkien sosiaaliavustuksista saamat tulot horjuttivat kunnalliskotien perinteistä roolia vain varattomille tarkoitettuina laitoksina, huoltoapulakiin kirjattiin pykälä, jonka mukaan kunnalliskotiin ja muihin hoitolaitoksiin voitiin ottaa myös itse hoitonsa maksavia henkilöitä. Säännös itse asiassa vain vahvisti jo yleistyneen käytännön, mutta periaatteellisesti merkittävää oli, että kunnalliskodit muuttuivat virallisestikin köyhäinhoitolaitoksista kenelle tahansa tarkoitetuiksi hoitolaitoksiksi.[409] Kun eläkkeensaaja saattoi eläkkeellään ostaa itselleen hoitopaikan, varattomuuden sijaan ratkaisevaksi kriteeriksi laitokseen pääsyyn nousi hoidon tarve. Veikko Piirainen onkin korostanut, että kun kunnalliskodissa alkoi olla hyväosaisia ja huono-osaisia sekaisin, köyhäinavun leima alkoi kadota.[410] Huoltoavun ja muiden sosiaalietuuksien keskinäinen suhde määriteltiin laissa siten, että sosiaalilautakunta saattoi käyttää avunsaajan saamia eläkkeitä ja avustuksia avun korvaukseen, mutta määrätty osa etuuksista tuli jättää huollettavan omaan käyttöön.[411] Tämäkin uudistus merkitsi selvää irtiottoa köyhäinhoidollisesta niukkuudesta, joka edellytti huollettavan täydellistä varattomuutta.

Avustettavien kansalaisaseman kannalta merkittävä muutos oli, että avun takaisinperintä poistettiin huoltoapulain myötä kokonaan silloin, kun avun tarpeen syynä oli ”tuberkuloosi, mielisairaus, vajaamielisyys, kaatumatauti tai muu pitkällistä hoitoa vaativa sairaus”. Pitkällisiksi sairauksiksi mainittiin lain tulkinnoissa mm. nivelreuma

408 VP 1954, A III:2, Hall. es. no 122, 3; Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 52; Tarasti 1956, 221–223; Tarkiainen 1971, 42–45.
409 Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 22; Tarasti 1956, 139.
410 Piirainen 1974, 346–347, 351–352.
411 Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 33, 34; Tarasti 1956, 167–171.

sekä vaikea sokeri- ja sydäntauti. Harkinnanvaraisesti takaisinperinnästä voitiin luopua myös silloin, kun avuntarpeen syynä oli muu sairaus tai ruumiinvika.[412] Sairausturvana köyhäin- eli huoltoapu alkoi näin ollen muuttua lainasta sosiaaliavustuksen kaltaiseksi. Kaiken kaikkiaan 1950-luvun puolivälissä sosiaaliavustuksen, sosiaalivakuutuksen ja köyhäinavun väliset rajat olivat hämärtymässä ja oltiin siirtymässä kohti kokoavaa sosiaaliturvan käsitettä (luku IV).[413]

412 VP 1954, A III:2, Hall. es. no 122, 4; Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 28, § 30; Tarasti 1956, 158–161.
413 Häggman 1997, 83.

4. YHTEENVETO

Terveyspalveluiden alueellinen tasa-arvo rakentui 1920-luvulta lähtien kuntia velvoittavan lainsäädännön kautta, ja 1950-luvulle tultaessa kussakin kunnassa tuli olla tarjolla lääkärin, terveyssisaren ja neuvoloiden palvelut sekä laitoshoitoa tarjoava sairaalaverkosto. Palvelutarjonnan vastapainona olivat laajentuvat pakkotoimet, jotka periaatteessa kohdistuivat kaikkiin kansalaisiin yhtäläisesti: kansakunnan kokonaisetu ohitti yksilön oikeudet.

Vaikka palveluiden tarjonta tehostui ja moninaiset kustannustasausmuodot vähitellen paransivat monen suomalaisen hoitoonhakeutumista, hoitoonpääsyn käytännöt olivat edelleen sotien välisenä ajanjaksona kirjavat. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen maksullisuus sekä sairaalahoidon tautiryhmäkohtaiset maksukäytännöt ylläpitivät eriarvoisuutta. Kaikki hoitoa tarvitsevat eivät hoitoa saaneet, ja pahimmillaan perheet ja kunnat joutuivat tekemään raadollisia päätöksiä siitä, kenen terveyteen satsataan.

Terveyslainsäädäntöön kirjatut oikeuksien, velvollisuuksien ja pakon rajat piirsivät näkyväksi vastavuoroisuuteen perustuvaa tulkintaa yhteiskunnallisesta oikeudenmukaisuudesta ja kohtuullisuudesta.

Väestöpoliittinen keskustelu nosti äitien ja lasten maksuttomat ennaltaehkäisevät palvelut terveydenhuollon ytimeen. Nämä ensimmäiset taloudellisesta tarveharkinnasta vapautetut, alueellisesti ja sosiaalisesti yhtäläiset palvelut loivat uudenlaisen terveyttä koskevan oikeuden, joka määrittyi myös velvollisuutena palvelun käyttöön. Sodassa vammautuneiden rinnalla myös muiden yhteiskunnan hyväksi toimiessaan terveytensä menettäneiden, yhteiskuntaa rakentavien yksilöiden tukeminen alettiin mieltää yhteiskunnalliseksi velvollisuudeksi. Lainsäädäntöön omaksutun vähävaraisuus-käsitteen myötä avustaminen ei enää edellyttänyt henkilön täydellistä varattomuutta. Köyhäinavun, sosiaaliavustuksen ja sosiaalivakuutuksen erot ja rajat alkoivat liudentua. Samalla avustettavan ja kunnon kansalaisen välinen kuilu alkoi kaveta, kun rahvaan ohella myös kansanvalistustyötä koordinoivan keskiluokan sekä kunnallismiesten perheet siirtyivät tukea saavien ja ilmaispalveluita käyttävien joukkoon.

IV


40-TUNTINEN
TYÖVIIKKO ANSI-
OITA ALENTAMATTA
SAIRASVAKUUTUSLAKI
TYÖNANTAJAIN JA VAL-
TION KUSTANNUKSELLA

IV

UNIVERSAALI JA ANSIOSIDONNAINEN – KAKSIJAKOISTUVA TERVEYSKANSALAISUUS 1950-LUVUN LOPULTA 1980-LUVULLE

1. TERVEYS KANSALAISEN PERUSOIKEUDEKSI

Kansalaisen paras – terveys sosiaalisen turvallisuuden osana

Kun *60-luvun sosiaalipolitiikka* -kirja *(1961)* nousi koko vuosikymmenensä yhteiskuntakehitystä ohjaavaksi julkaisuksi, teos vakiinnutti samalla uudenlaisen tavan tarkastella terveyttä. Pekka Kuusen kirjoittamassa, alan johtavien virkamiesten ja tutkijoiden myötävaikutuksella laaditussa teoksessa puhuttiin *terveydenhoidollisista kansalaisoikeuksista,* joiden turvaaminen asetettiin yhteiskunnan tehtäväksi.[1] Kansalaisen oikeuksia korostava näkökulma nojautui osaltaan kansainvälisiin sopimuksiin ja suosituksiin, joihin Suomi maailmanjärjestöjen jäsenenä oli sodan jälkeen sitoutunut: jo Maailman terveysjärjestö WHO:n

1 Kuusi 1961, 253–254, 290. Ohjelman tekoon osallistui edustajia mm. lääkintöhallituksesta (lääkintöneuvos Aimo Ojala, talousneuvos Onni Vauhkonen), Kansaneläkelaitoksesta (osastopäällikkö Tauno Jylhä), sosiaaliministeriöstä (kansliapäällikkö Aarne Tarasti, vakuutusosaston osastopäällikkö Teivo Pentikäinen), Väestöliitosta (toiminnanjohtaja Heikki von Hertzen, yleissihteeri Antero Peräläinen) ja kulkulaitosministeriöstä (toimistopäällikkö Terho Pulkkinen). Hankkeen neuvotteluryhmän puheenjohtajana toimi Sosiaalipoliittisen yhdistyksen esimies Heikki Waris. Kuusi 1961, V–VI; Tuomioja 1996, 86–97.

perussääntö (1946) nosti mahdollisimman hyvän terveydentilan jokaisen ihmisen perusoikeudeksi (*fundamental right*) ja korosti hallitusten olevan vastuussa kansojensa terveydestä. YK:n Ihmisoikeuksien julistus (1948) puolestaan painotti jokaisen yhteiskunnan jäsenen oikeutta sosiaaliseen turvallisuuteen sekä *taloudellisiin, sosiaalisiin ja sivistyksellisiin oikeuksiin*. Nämä ns. TSS-oikeudet vahvistettiin kansainvälisessä yleissopimuksessa vuonna 1966; tosin sopimus astui voimaan vasta kymmenen vuotta myöhemmin. Sopimuksen myötä tunnustettiin yksilön oikeus elinehtojen jatkuvaan parantamiseen ja valtio velvoitettiin muun muassa välttämättömiin toimiin ”sellaisten olosuhteiden luomiseksi, jotka ovat omiaan turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelukset sairaustapauksissa”.[2]

Keskustelu terveyteen liittyvistä kansalaisoikeuksista nivoutui *hyvinvointivaltion* ja *sosiaaliturvan* toisiinsa linkittyviin käsitteisiin. Kun *hyvinvointivaltio* listattiin Suomessa uudissanojen joukkoon vuonna 1953, sen todettiin tarkoittavan ”valtiota, jossa valtiovallan toimenpitein taataan sosiaalinen turvallisuus ja hyvinvointi kaikille kansalaisille”. Armas Niemisen laatimassa sosiaalipolitiikan oppialan teoreettisessa tarkastelussa (1955) hyvinvointivaltio-sana esiintyi vielä lainausmerkeissä ja siihen viitattiin Ruotsissa 1930-luvulla vakiintuneen kansankoti-käsitteen synonyymina kuvattaessa demokraattisen valtion ideaalia. Nieminen korosti, että sosiaalipolitiikka oli ”huolenpitoa ihmisen hyvinvoinnista” ja tällainen ”huolenpito nykyaikaisessa ’hyvinvointivaltiossa’ on hyvin moninaista”.[3]

Sosiaalisen turvallisuuden käsitteeseen kytkeytyi ajatus yhteiskunnan vastuunoton laajenemisesta. Sosiaalinen turvallisuus oli Niemisen mukaan ”teollistuvan yhteiskunnan ihmisen perustava tarve”, ja esimerkiksi työttömyyden, sairauden, ansionpuutteen tai sodan aiheuttaman turvattomuuden ehkäiseminen oli sosiaalipolitiikan teh-

2 Asetus Maailman terveysjärjestön perussäännön sekä siihen liittyvän sopimuksen ja pöytäkirjan voimaansaattamisesta 8.10.1948 no 26; Constitution of the World Health Organization 1946; Universal Declaration of Human Rights 1948; Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta 16.1.1976 no 6. Esim. Ojala 1961, 191; Nieminen 1967, 552–557, 583; Suontausta 1963, 156–159; KM 1971:A 25, 10.

3 Uusia sanoja 1953, 66; Nieminen 1984, 91–95, 112, 184; Soikkanen 1990, 14–16; Rauhala 1996, 60; Kangas 2006a, 193–194.

tävä.[4] Pekka Kuusi tulkitsi *60-luvun sosiaalipolitiikka* -teoksessa, että sosiaalipolitiikan tehtäväkentän laajentuminen merkitsi kansalaisen ja valtion suhteen uudelleenmäärittelyä. Vuoden 1905 suurlakon ja äänioikeuden myötä saavutettu valtiollinen kansanvalta oli hänen mukaansa muuntumassa ”sosiaaliseksi kansanvallaksi”:

> Nyt (…) on kansalainen kohonnut myös yhteiskunnallisen toiminnan ylimmäksi kriteerioksi (…) Nyt me yhteisesti vastaamme jokaisen kansalaisen sosiaalisesta turvallisuudesta maassa. (…) Kun kerran kansanvaltainen toiminta saa alkunsa kansalaisesta, toiminnan kriteerion on myös oltava kansalaisen paras.[5]

Olennaista Kuusen mukaan oli se, ettei enää rakennettu linnakkeita alamaisasemassa olevien yksilöiden suojaksi valtiota vastaan vaan päinvastoin: valtiovaltaa pyrittiin käyttämään kansalaisen parhaaksi eli valtio alistettiin palvelemaan kansalaisiaan.[6]

Terveys taloudellisen kasvun välineenä ja päämääränä

Aikakauden kolmanneksi avainkäsitteeksi *hyvinvointivaltion* ja *sosiaalisen turvallisuuden* rinnalle nousi *elintaso*, joka nivoi taloudellisen ja sosiaalisen kehityksen toisiinsa. Jo YK:n peruskirja asetti pyrkimykseksi korkeamman elintason, ja juuri terveys nimettiin ravinnon ja koulutuksen ohella keskeiseksi elintason resurssiksi.[7] Myös *60-luvun sosiaalipolitiikka* -teoksen retoriikassa valtioiden kehittyneisyyttä arvioitiin taloudellisin argumentein: korkean kansantulon ja kasvuhakuisuuden perusteella. Taloudellinen kasvu nimettiin koko yhteiskuntakehityksen moottoriksi, mutta kirjan ydinajatus oli “harmonia taloudellisen kasvun ja sosiaalisen kasvun välillä”. Kuusen mukaan yhteiskuntapo-

4 Nieminen 1984, 92–95.
5 Kuusi 1961, 3.
6 Kuusi 1961, 3–6.
7 Nieminen 1984, 91–92; Walls 1963, 115–119; Allardt 1976, 39–40, 50–52, 134–135.

litiikan ylin tavoite eli kansalaisen paras edellytti paitsi kansantulon kartuttamista myös kansantulon tasaamista sosiaalipolitiikan keinoin:[8]

> Yhteiskuntapolitiikkamme keskeiseksi tunnukseksi 60-luvulla kohoaa taloudellisen kasvun jouduttaminen.[9] (…) Taloudellinen kasvu ei ole kuitenkaan yhteiskuntapolitiikan ylin tavoite. Emme noudata ihmiskeskeisen yhteiskuntapolitiikan peruslakeja, jos sysäämme kasvuhakuisuudessamme syrjään raihnaat ja vanhukset.[10]

> (…) ihmisarvoon ankkuroitunut yhteiskuntapolitiikan ylin tavoite saa sivilisoituvassa yhteiskunnassa erikoisväriä paitsi taloudelliseen kasvuun myös sosiaaliseen turvaan tähtäävistä pyrkimyksistä. Olemme varauksetta valmiit tukemaan invalideja, vajaamielisiä ja muita tuotantoelämän ulkopuolelle omatta syyttään jääneitä kansalaisia, koska he ovat kovaosaisia kanssaihmisiä, joiden paras on sekin yhteisenä tavoitteenamme.[11]

Kuusen ajattelussa sairaiden ja kovaosaisten tukeminen sai uudenlaisen taloudellisen perustelun: terveyskustannukset nähtiin muiden sosiaalimenojen tavoin talouskasvua tukevana, tuottavana sijoituksena. Ajatus sosiaalimenoista talouskasvun edistäjänä oli mullistava, sillä vielä vuonna 1957 Kuusi itsekin oli tuominnut Suomen liian korkeat sosiaalimenot kansantulon kasvun esteeksi.[12] *60-luvun sosiaalipolitiikan* uudenlainen, positiivinen tulkinta kansantalouden ja sosiaalipolitiikan suhteesta näkyi terminologiassa: terveysmenojen ja -kustannusten sijaan kirjassa puhuttiin tulontasoituksesta, tulonsiirroista ja kulutusmahdollisuuksien turvaamisesta.[13] Sairauksien hoidattaminen ja ennaltaehkäiseminen nähtiin suotavana ja suosittavana kulutuksena ja sen todettiin olevan sekä yksilön että yhteiskunnan etu.[14] Epäaktiivin väestön integrointi yhteiskunnalliseen toimintaan miellettiin taloudellisen kasvun kannalta

8 Kuusi 1961, 3, 20–65, 359.
9 Kuusi 1961, 93.
10 Kuusi 1961, 208.
11 Kuusi 1961, 32.
12 Riihinen 2009, 97–129.
13 Esim. Kuusi 1961, 44–45.
14 Kuusi 1961, 275–276; Bäckman 1975, 434, 438–439.

välttämättömäksi. Kuusi havainnollisti sosiaaliavustusten ja terveyspalveluiden roolia passiivisen väestön mobilisoijana ottamalla vertauskohdaksi Ilmari Kiannon romaanin Ryysyrannan:

> Miten olisi meno Ryysyrannassa muuttunut, jos Kaisa-Reetaa olisi Rämsänrannan postissa odottanut kuuden lapsen lapsilisät, (…) jos (…) kodinhoitaja olisi tullut viikon ajaksi russakoiden keskelle Kurli Kustaavan ripulia hoitelemaan, jos äitiysavustukset ja -huollot, terveyssisaret ja kätilöt olisi mobilisoitu Kaisa-Reetan kymmenettä raskautta kunnioittamaan?[15]

Kuusi käänsi koko terveysmenokeskustelun ylösalaisin korostamalla, ettei modernilla yhteiskunnalla yksinkertaisesti ”ollut varaa” jättää sairaita hoitamatta:

> Taloudelliseen kasvuun pyrkivällä yhteiskunnalla ei ilmeisestikään ole varaa siihen, että tuotantoelämän ulkopuolella olevat vanhukset, työkyvyttömät, sairaat, lesket toisaalta ja tuotantoelämään osallistuvat vähätuloisimmat toisaalta saavat jättäytyä niin oloihinsa, etteivät he edes pyri kulutustasoaan kohottamaan.[16]

Kuusen taloudelliseen kasvuun nojaavan tulkinnan edistysuskoisuus ja optimistisuus sekä talouden näkyvä rooli terveys- ja sosiaalipolitiikan julkilausuttuna perusteluna alkoi 1970-luvulla saada osakseen arvostelua. Kun taloudellinen kasvu ei teollisuusmaissa enää itsestään selvästi merkinnytkään kansanterveyden kohenemista, terveys haluttiin nostaa päämääräksi sinänsä. Esimerkiksi vuonna 1972 valtiollinen terveyspolitiikan työryhmä nimesi terveyden osaksi ihmisen hyvinvointia ja korosti ettei terveyden saavuttamista haluttu ”alistaa esimerkiksi tuottavuuden, ‘optimaalisen’ väestörakenteen tai minkään muun hyödyn saavuttamisen välineeksi.”[17] Päinvastoin, talous haluttiin aikakauden

15 Kuusi 1961, 56.
16 Kuusi 1961, 59.
17 Elämisen laatu 1972a, 162–166; Elämisen laatu 1972b, 9; Leppo 1971, 69–72; Leppo 1972, 38–39; Laurinkari & Niemelä 1978, 22–27; Puro 1974, 9–13, 45–46.

yhteiskunnalliseen ja poliittiseen radikalismiin kytkeytyvässä keskustelussa asettaa terveyden saavuttamisen välineeksi:

> Terveys tulisi selkeämmin tiedostaa itseisarvoksi ja yhdeksi yhteiskuntapolitiikan keskeisistä tavoitteista, ja taloudellinen kehitys nähdä sen eräänä välineenä.[18]

Kuusen tulkintaan verrattuna kyse oli lähinnä painotuserosta. Yhdistävänä piirteenä oli, että molemmissa tulkinnoissa terveys nähtiin itsestään selvästi yksilön oikeudeksi, jonka turvaaminen oli yhteiskunnallinen välttämättömyys. Esimerkiksi *Terveyspolitiikan perusteet* (1973) teoksessaan Kari Puro asetti lähtökohdaksi kansalaisten yhdenvertaisen oikeuden terveyteen.[19]

Yksilön autonomia ja oikeudet vs. pakko ja velvollisuudet

Sosiaaliturva-ajatteluun kytkeytyvä tulkinta yhteiskunnan laajentuvasta vastuusta voitiin nähdä yksilön omavastuisuuden kaventumisena.[20] Kansaneläkelaitoksen pääjohtaja Jaakko Pajula korosti kuitenkin 1960-luvun lopulla, ettei yhteiskunnan vastuun lisääntyminen itse asiassa merkinnyt yksilön vastuun vähenemistä vaan pikemminkin sen muuttumista välilliseksi yhteisvastuuksi. Käytännössä tämä merkitsi ennen muuta sitä, että aktiiviyksilöiden tuli osallistua epäaktiivien huoltamiseen veroja ja eläkemaksuja maksamalla. Tämä ajatus sosiaaliturvan rakentumisesta *yhteisvastuuna* erosi Pajulan mukaan *vastiketeoriasta,* jossa etuus nähtiin kansantalouden hyväksi tehdyn työn vastikkeena.[21] Yhteisvastuunteoriaa pidemmälle meni Pajulan mukaan *instituutioteoria,* jossa katsottiin:

18 Leppo 1972, 39.
19 Puro 1974, 45–46.
20 Nieminen 1984, 92–93.
21 Neljäntenä, vastiketeoriaa suppeampana tulkintana Pajula nosti lisäksi esiin palkkateorian ansioihin suhteutettujen lisäeläkejärjestelmien arvopohjana. Pajula 1968, 143–144.

> (…) jokaiselle kansalaiselle kansalaisoikeutensa perusteella kuuluvan oikeuden tiettyyn sosialiturvaan (…). Tällöin (…) perustana ei ole pelkästään yhteisvastuun ajatus, vaan sanottu järjestelmä kuuluu kehittyneeseen yhteiskuntaan sellaisenaan siis institutiona samaan tapaan kuin koulu- ja sairaalalaitos ovat sosiaalisesti valveutuneen yhteiskunnan ainesosia.[22]

Kansalaisten oikeuksista ja velvollisuuksista käydyssä 1960–1970-lukujen keskustelussa voidaan nähdä rajanvetoa yhteisvastuu- ja instituutioteorian painotusten välillä. Sosiaalihuollon periaatekomitea (1971), joka linjasi suomalaisen sosiaaliturvapolitiikan uudistustavoitteet, nojautui yhteisvastuuteoriaan korostaessaan, ettei yksilö ollut yksinoman saavana osapuolena vaan häneltä edellytettiin normien mukaista toimintaa sekä osallistumista verojen maksamiseen ja yhteiskunnan kehittämiseen.[23] Sallivuutta korostanut Marraskuun liike – vuonna 1967 perustettu, mm. alkoholistien, vankien ja mielisairaiden asiaa ajanut yhdistys – sen sijaan painotti periaatekomitealle antamassaan lausunnossa, että yhteiskunnalla alkoi olla ”yhä enemmän varaa ylläpitää poikkeavia yksilöitä vaatimatta heiltä mitään vastapalveluksia”.[24] Tämä tulkinta, joka näki kansalaisen oikeudet täysin yksilön omasta toiminnasta riippumattomina, merkitsi selvää irtiottoa yksilön ja yhteiskunnan oikeuksien ja velvollisuuksien vastavuoroisuutta ja tiettyjen kansalaishyveiden täyttämistä edellyttävästä perinteisestä linjasta. Nanna Kildal ja Stein Kuhnle ovatkin todenneet, että toisen maailmansodan jälkeisten ihmisoikeusjulistusten myötä kelvottomuuden tai arvottomuuden (unworthy) käsite alkoi menettää asemaansa sosiaalipoliittisten etuuksien rajoittajana, kun ihmiset alettiin nähdä yhtä arvokkaina.[25]

Yksilön oikeuksien nimissä Marraskuun liike vaati pakon ja palvelun erottamista sekä pakkovallan käytön rajaamista.[26] Armas

22 Pajula 1968, 144.
23 KM 1971:A 25, 8. Sosiaalihuollon periaatekomiteasta yksityiskohtaisemmin esim. Rauhala 1996, 135–152.
24 KM 1971:A 25, 86.
25 Kildal & Kuhnle 2005, 23.
26 KM 1971:A 25, 86.

Nieminen totesi niin ikään vuonna 1967, että kun sosiaalipolitiikan yhteisöllinen perustelu pakotti joskus rajoittamaan ihmisoikeuksia, varsinkin laitos- ja sairaanhoidossa oli ratkaistava kysymys,

> miten voitaisiin pakko ja sellaiset rajoitukset, jotka eivät ole sopusoinnussa hoidokkien tarpeiden ja terveen kehityksen kanssa tai jotka suorastaan saattavat loukata heidän ihmisarvoaan, supistaa mahdollisimman vähiin.[27]

Sosiaalihuollon periaatekomitea painotti, ettei sosiaalipoliittinen lainsäädäntö saanut johtaa ristiriitaan kansalaisten perusoikeuksien tai oikeusturvan kanssa. Vaikka lainsäädännön yhtenä tehtävänä olikin yhteiskunnan edun toteuttaminen, komitea korosti, että ensisijalle oli nostettava yksilön etu: päätavoitteena oli ”asiakkaiden palveleminen, eikä minkään yhteisöllisten intressien toteuttaminen yksilöä vastaan”. Siksi ristiriitatilanteet piti tulkita yksilön kannalta mahdollisimman edullisesti. Pakkokeinot voitiin sallia vain silloin, kun yksilö oli kykenemätön tekemään ratkaisuja omasta puolestaan tai muihin henkilöihin kohdistui välitön vaara.[28] Pakkotoimien kohteeksi asetettavan yksilön oma etu arvotettiin näin uudella tavalla.

Etuuden saamisen ja palveluiden käytön leimaavuuden, nöyryyttävyyden ja häpeällisyyden poistaminen määriteltiin sosiaaliturvapolitiikan uudeksi periaatteeksi. Yrjö Helenius kuvaili sosiaaliturvan ajattelun muutosta seuraavasti:

> Uusi suuntaus sosiaalihuollossa on, että apua hakevia henkilöitä ei enää aseteta kansalaisina alempaan luokkaan muihin verrattuina.[29]

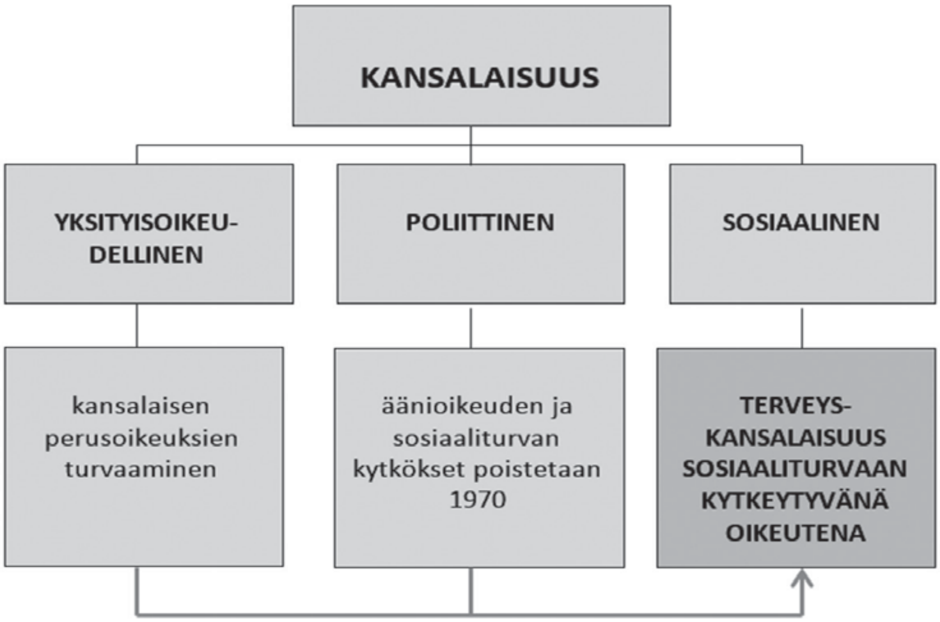
Avunsaamisen tuli olla kansalaisoikeus, itsestään selvä ja luonnollinen asiantila, joka ei erotellut kunnon kansalaisia kunnottomista. Siksi vähävaraisia tai poikkeavasti käyttäytyviä varten luotuja erillisiä

27 Nieminen 1967, 557.
28 KM 1971:A 25, 22, 30–34.
29 Helenius 1971, 104.

palveluja haluttiin välttää.[30] Irtiottoa vanhasta tehtiin osaltaan uuden sosiaalipalvelu-käsitteen avulla: käsitemäärittelyissä korostettiin, ettei sosiaalipalvelun luonteeseen kuulunut pakon käyttäminen eikä sosiaalipalveluun turvautuja menettänyt itsemääräämisoikeuttaan.[31]

Suljettujen laitosten ohella kritiikin terä kohdistui huoltoapulakiin, joka edelleen antoi viranomaisille laajan vallan puuttua avustettavan elämään ja rajoittaa perusoikeuksia. Huoltoapulain säännös mielisairaalahoidokkien holhouksenalaisuudesta alettiin nähdä varattomien potilaiden ihmisoikeuksien rajoittamisena ja ihmisarvon loukkauksena, ja pykälä kumottiinkin vuonna 1970 sosiaalipolitiikan yleisesti hyväksyttävien periaatteiden vastaisena.[32] Lakimuutos oli merkittävä sikäli, että sen myötä sosiaaliturva äänioikeusesteenä poistui kokonaan lainsäädännöstä. Kun samanaikaisesti koko huoltoapu muuttui takaisin perittävästä lainasta toimeentuloetuudeksi, merkitsi muutos köyhäinhoidollisen perinteen päättymistä (kuvio 15).[33]

30 KM 1971:A 25, 34.
31 Piirainen 1969, 25–27, 200; Rauhala 1996, 57–86.
32 Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116, § 52; Taipale 1968, 34–37; Hakola 1968, 40–42; Tarasti 1967, 130–131; Laki huoltoapulain muuttamisesta 10.4.1970 no 275; Eriksson 1967. Pakkoauttajakeskustelusta esim. Satka 1994, 303–305; Suonoja 1992, 482–484.
33 Kuusi 1961, 309–310; Huoltoavun 1967, 174–175; VP 1969, A III:1, Hall. es. 251; Tarasti 1970, 126–127; Laki huoltoapulain muuttamisesta 10.4.1970 no 275.



Kuvio 15. Terveyskansalaisuus 1960–1970-lukujen keskustelussa

Yksilön autonomian ja perusoikeuksien korostaminen konkretisoitui avioliittolain (1969) ja sterilisaatiolain (1970) pakkosäännösten purkamisena, aborttilainsäädännön liberalisointina (1970) sekä mielisairaslain tahdonvastaisen hoidon ehtojen tarkentamisena (1977),[34] mutta yhtä lailla muutos näkyi terveydenhuollon yleisissä linjanvedoissa. Lääkintöhallituksen kansanterveysosaston lääkintöneuvos Aimo Ojala korosti jo vuonna 1961, että yksilöä velvoittavien määräysten rinnalla terveydenhoitotyössä oli alettu luottaa palvelutarjontaan ja valistuksen sanomaan.[35] Esimerkiksi vuonna 1959 niskuroivien tuberkuloottisen eristyslaitoshankkeesta luovuttaessa eduskunnassa todettiin, että:

> Lääketieteellisessä mielessä on pidettävä erittäin kyseenalaisena, onko yleensä pakolla annettavalla hoidolla mahdollista saavuttaa tuloksia, jotka yksilön tai yhteiskunnan kannalta olisivat hyödyksi.[36]

34 Mattila 1999, 273, 337; Helén & Yesilova 2003, 245–248. Vuoden 1952 mielisairaslain mukaan pelkkä epäily mielisairaudesta riitti pakkohoitopäätökseen, vuoden 1977 lain mukaan ilman omaa suostumusta mielisairaalaan voitiin ottaa vain psykoottinen potilas. KM 1984:17, osa I, 77–87.
35 Ojala 1961, 197–198, 201; Harjula 2007, 116–119.
36 VP 1959, PK II, 1685.

Terveyspoliittisessa pamfletissaan vuonna 1969 lääkäri Osmo Kaipainen, joka sittemmin nousi sosiaalidemokraattien kansanedustajaksi (1970–1975) ja sosiaali- ja terveysministeriksi (1972), näki terveyden jokaisen yksilön yksityisasiana:

> Oikeus terveyteen on pystyttävä toteuttamaan ilman pakkoa. Jokaiselle on annettava tiettyyn rajaan asti oikeus valita, minkälaisen terveyden hän haluaa ja minkälaista elämää hän haluaa viettää.[37]

Kaipaisen ajattelussa yksilön velvollisuus rajoittui terveystiedon omaksumiseen:

> Oikeuden käsitteen rinnalla voimme sen sijaan kyllä puhua myös velvollisuudesta terveyteen. Jokaiselle on annettava terveyttä koskevaa perustietoa niin paljon, että hän pystyy valitsemaan sellaisen terveyden mahdollisuuden kuin haluaa.[38]

> Meidän on päästävä siihen, että jokaisella on käytettävissään terveyden säilyttämisen kannalta tärkeää tietoa. Jääköön sitten jokaisen omaksi asiaksi, käyttääkö hän tätä hyväkseen.[39]

Kun terveystiedon hyödyntäminen tulkittiin kunkin omaksi valinnaksi, näkökulma oli täysin erilainen kuin 1900-luvun alun kansanvalistuskampanjassa, jossa yksilöt velvoitettiin muokkaamaan elämänsä terveyden periaatteiden mukaiseksi kansallisen ja yhteisöllisen ”yleisen hyvän” nimissä. Ruotsalaista ja tanskalaista terveyspolitiikkaa tutkinut Signild Vallgårda onkin todennut, että kansalliset ja yhteisölliset perustelut kävivät 1970-luvulta lähtien yhä harvinaisemmiksi, kun taas individualistiset, yksittäisen kansalaisen etua korostavat näkökulmat yleistyivät.[40]

37 Kaipainen 1969, 44.
38 Kaipainen 1969, 44.
39 Kaipainen 1969, 55–56.
40 Vallgårda 2003, 268–270.

Terveyskasvatuksen osalta keskustelussa painotettiin yksilön autonomian huomioivaa, hienovaraista ja aktiivista tiedottamista sekä autoritaarisen potilas-lääkärisuhteen muuttamista tasa-arvoisemmaksi vuorovaikutukseksi.[41] Asiantuntijavallan sijaan terveydenhuolto haluttiin muuttaa "auttajaksi, joka toimii ihmisen omilla ehdoilla".[42] Jorma Kalela onkin korostanut, että 1960-luvun murroksessa suhde julkiseen hallintoon muuttui ja tasa-arvoinen kansalainen vapautui hallittavana olevan asemasta.[43] Kaiken kaikkiaan kyse oli kansalaisoikeuksien laajasta uudelleenmäärittelystä, jonka pohjalta myös terveyspalveluita alettiin tarkastella uudesta näkökulmasta.

Minimistä kohtuuteen ja koko kansaan: universalismin rajat

Hyvinvointivaltioajatteluun olennaisena kytkeytyvä *universalismin* käsite pohjautuu 1940-luvun englantilaiseen keskusteluun ja ns. Beveridge-suunnitelmaan, joka tunnettiin Suomessa heti tuoreeltaan.[44] Suunnitelman lippulaiva oli vuonna 1948 toteutettu, kaikille kansalaisille maksuttoman sairaanhoidon ja aluksi myös täysin maksuttomat lääkkeet tarjonnut National Health Service (NHS).[45] Britanniassa universalismilla alettiin viitata pyrkimykseen liittää kaikki kansalaiset samanlaiset palvelut ja yhtäläisen minimiturvan takaavan järjestelmän piiriin. Jorma Sipilä ja Anneli Anttonen ovat korostaneet, että universalismi, joka kaikkien kansalaisten tasa-arvoista kohtelua korostavana yhteiskunnallisena ideologiana ja ihanteena muutti sosiaalipolitiikan

41 Kaipainen 1969, 244; KM 1971:A 25, 38–39; Noro 1966, 232–241.
42 Perheentupa 1977, 48–52.
43 Kalela 2005b, 245–251.
44 Beveridgeen viitattiin mm. kansaneläkejärjestelmän kokonaisuudistusta vaadittaessa: VP 1945, Liitteet X, 8, Toiv. al. no 190, 476–477. Mäntylä, J.E., Sairausvakuutuskysymys. SAik 11–12/1945, 397–403; Häggman 1997, 85; Nieminen 1984, 37, 73,124–125; Waris 1961, 156.
45 NHS-järjestelmä esiteltiin heti tuoreeltaan suomalaisille lääkäreille: Noro, Leo, Havaintoja teollisuus- ja sosiaalilääketieteestä Englannissa, Ranskassa ja Belgiassa. Duodecim 2/1949, 155–158. Myös: Ison Britannian sosiaaliturvajärjestelmä 1951. SAik 1/1953, 56–57. Gorsky 2008, 437–460.

tavoitteita ja käytäntöjä, sai kuitenkin eri maissa erilaisia ilmenemismuotoja.[46] Myös Olli Kangas on todennut, että universalismin olemusta ja kriteereitä on tulkittu eri yhteyksissä hyvin eri tavoin.[47]

Askeleena kohti universalistista ajattelua voidaan nähdä se, että 1950-luvulta lähtien suomalaisessakin keskustelussa sosiaalipolitiikan kohteeksi alettiin määritellä tietyn luokan, vähävaraisten tai yhteiskunnan vähäväkisten sijaan *jokainen yksilö* ja *koko kansa*. Armas Niemisen määritelmän mukaan sosiaalipolitiikan tuli ryhtyä toimiin "ns. sosiaalisten riskien uhkaamien ihmisten kohdalla, kuuluivat he muuten mihin yhteiskuntaryhmiin hyvänsä".[48] Kun vielä 1930-luvulla terveydenhuolto tulkittiin usein sosiaalipolitiikkaan kuulumattomaksi alaksi sillä perusteella, että "terveydenhoitomenot eivät kohdistu yksinomaan vähävaraisiin piireihin", uuden tulkinnan myötä sairastamisriskin tasaus ja kaikkien kansalaispiirien pääsy lääketieteen ja terveydenhuollon mahdollisuuksista osalliseksi alettiin nähdä itsestään selvänä osana sosiaalipolitiikkaa.[49]

60-luvun sosiaalipolitiikka -teoksen retoriikassa toistuivat *jokaiseen kansalaiseen* ja *koko kansaan* kohdistuvat toimet. Kuusi painotti, että jokaisella ihmisyksilöllä piti valtiovaltaan nähden olla samat oikeudet ja velvollisuudet.[50] Samalla teos nosti esille sosiaalipolitiikan muuttuneen tavoitteen:

> Peruskulutuksen turvaamistasolta sosiaalipolitiikka on siirtymässä kohti uutta tavoitetasoa, jolle on ominaista se, että yhteiskunta asettuu elämän ulkonaisia riskejä vastaan turvaamaan kansalaisille heidän saavuttamansa yksilöllisen kulutustason.[51]

Kuusen tulkinta irtautui pelkästään vähimmäisturvaan rajoittuvasta yhteiskunnallisesta tuesta. Armas Niemisen laajalti siteerattu sosiaalipolitiikan määrittely vuodelta 1955 oli samoilla linjoilla kirjatessaan ta-

46 Anttonen & Sipilä 2010.
47 Kangas 2006a, 265–266.
48 Nieminen 1984, 61–74, 184–185; Waris 1961, 27–29.
49 Nieminen 1984, 83, 130–133; Waris 1961, 302.
50 Esim. Kuusi 1961, 3–6.
51 Kuusi 1961, 69, myös 225–226.

voitteeksi ”*kohtuulliseksi* katsotun elintason, sosiaalisen turvallisuuden ja viihtyvyyden takaamisen”.[52] Merkillepantavaa on, että Kuusi korotti saavutetun kulutustason säilyttämisen peräti kansalaisoikeudeksi:

> (…) kullekin työstä syrjäytyneelle mitataan kulutusmahdollisuudet hänen omien aktiiviaikaisten kulutusmahdollisuuksiensa mukaan. Siten omalla työllä hankittu kulutustaso muodostuisi kunkin kansalaisen henkilökohtaiseksi etuudeksi, jota ei häneltä enää oteta pois. Saavutetun kulutustason loukkaamattomuus muodostuisi näin kansalaisoikeudeksi yhteistuntoisessa, kasvuhakuisessa yhteiskunnassa.[53]

Tavoitteen laajeneminen kaikille yhtäläisestä minimitoimeentulosta saavutetun kulutustason säilyttämiseen merkitsi irtiottoa brittiläisestä tasaetuuksia korostavasta universalismi-käsitteestä.[54] Pauli Kettunen onkin korostanut, että palkkatyöyhteiskuntaa tukeva ansiosidonnaisuus on suomalaisessa yhteiskunnassa muotoutunut olennaiseksi osaksi sosiaalista kansalaisuutta.[55] Tilanne loi ja ylläpiti jännitettä kaikille yhtäläisesti suunnattujen palveluiden ja etuuksien sekä palkkatyöläisyyteen ja ansiosidonnaisuuteen pohjaavien järjestelmien välillä. Joko-tai-asetelman sijaan kyse oli sekä-että-lähtökohdasta: siitä, että kaikki kansalaiset piiriinsä sisällyttävien tuki- ja palvelumuotojen rinnalle pyrittiin rakentamaan työmarkkina-asemaan pohjaavia etuusjärjestelmiä.

Palkkatyön yhteiskunnallista merkitystä kuvastaa se, että työmarkkinajärjestöistä tuli Suomessa 1960–1970-luvuilla osa virallista päätöksentekokoneistoa ja ne nousivat merkittäviksi sosiaalipoliittisiksi toimijoiksi ja terveydenhuollon suunnan määrittelijöiksi.[56] Työmarkkinajärjestöjen ja viranomaisten ohella 1960–1970-lukujen terveyspoliittiseen debattiin osallistuivat aktiivisesti myös sosiaali- ja

52 Nieminen 1984, 189. Kursivointi MH.
53 Kuusi 1961, 239.
54 Anttonen & Sipilä 2010.
55 Kettunen 2008, 154–162.
56 Suonoja 1992, 480–482; Uljas 2005; Kangas 2006a, 354–358; Kettunen 2008, 159–160; Mattila 2011, 168–169.

terveysjärjestöt sekä poliittiset puolueet. Terveydelle annettu painoarvo näkyi yhtäläisesti kaikkien puolueiden tavoiteohjelmissa, useimmilla jopa terveyteen keskittyvinä laajoina erillisohjelmina. Rajanveto riittävästä terveysturvasta ja ennen muuta yksilön oikeudesta saada yhteiskunnan kokonaan kustantamia terveyspalveluita jakoi kuitenkin puolueita ja etujärjestöjä eri leireihin.[57] Aikakauden debatissa, jonka lähtökohtana oli vakava huoli suomalaisten terveydentilasta ja palveluiden jälkeenjääneisyydestä, muotoiltiin ja määriteltiin terveyspoliittisen universalismin sisältöä ja rajoja.

Sosiaaliset terveyserot ja eriarvoisuuden ongelma

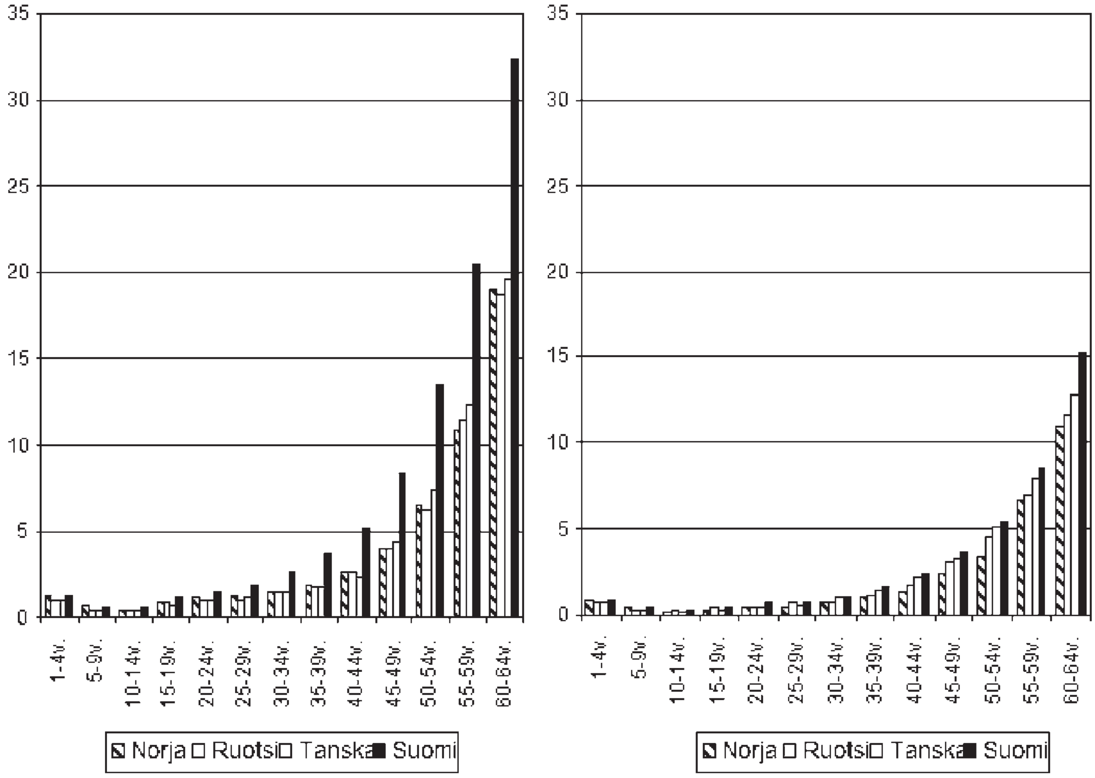
Lääkintöhallituksen vuosikertomuksessaan esittämä kysymys ”miten ja miksi maailman terveimmistä lapsista kehittyy Euroopan sairaimpia aikuisia”[58], hallitsi 1960- ja 1970-lukujen terveyspoliittista keskustelua Suomessa. Kun vielä 1940-luvulla pääongelmaksi koettiin korkea imeväiskuolleisuus, 1960-luvun alussa imeväiskuolleisuuslukujen todettiin olevan Suomea paremmalla tolalla enää vain muutamassa maassa. Sen sijaan katseet kääntyivät parhaassa työiässä olevien kuolleisuuslukuihin: Suomea korkeampaan kuolleisuuteen 35–39-vuotiaitten miesten keskuudessa yllettiin ainoastaan Espanjassa ja Portugalissa. Muihin Pohjoismaihin verrattuna suomalaisten miesten ylikuolleisuus oli silmiinpistävää (kuvio 16), ja myös suomalaiset naiset sijoittuivat kuolleisuuden kärkisijalle.[59] Pekka Kuusen tulkinta tilanteesta olikin karu:

> Olemme (...) joutuneet vakavan tosiasian eteen: suomalaisen miehen terveydentila on eurooppalaisittain katsoen huono ja hänen elinikänsä lyhyt. Terveydenhuoltopolitiikkamme kannalta katsoen

57 Noro 1957, 140; Korhonen 1973, 63–67; Suonoja 1992, 519–520; Simula 1977, 35–38; Savola 1977, 53–57; Pekkarinen 1977, 21–26; Helminen & Salonen 1977, 30–34.
58 SVT XI:72–73 1969–70, 87.
59 Kuusi 1961, 254–267; KM 1965:B 72, 7–8; SVT XI:68 1965, 19–20.

tämä tosiasia ei voi olla merkitsemättä harjoittamamme toiminnan ankaraa tuomiota.[60]

Kun työikäisten miesten kuolemanvaara lisääntyi vuosina 1961–1965 ja jäljellä oleva keskimääräinen elinikä kääntyi jopa laskuun, kokonaistilanne oli huolestuttava: koko Euroopan vertailussa Suomi sijoittui sekä miesten että naisten kuolleisuudessa pohjimmaiselle sijalle. Kaiken kaikkiaan maassa laskettiin olevan yli miljoona pitkäaikaissairasta, ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työikäisten joukko oli kansainvälisesti tarkasteltuna poikkeuksellisen suuri.[61]



Kuvio 16. Alle 65-vuotiaitten miesten (vas.) ja naisten (oik.) kuolleisuus Pohjoismaissa ikäluokittain 1000 asukasta kohti vuonna 1960[62]

Pekka Kuusi tulkitsi korkeiden kuolleisuuslukujen aiheutuneen hoitoa vaille jääneistä kroonisista sairauksista:

60 Kuusi 1961, 263.
61 Härö 1966, 1136–1141; Elämisen laatu 1972b, 68–76; SVT XI:70–71 1967–68, 26; VP 1971, A I, Hall. es. no 98, 1.
62 KM 1965:B 72, 7–8.

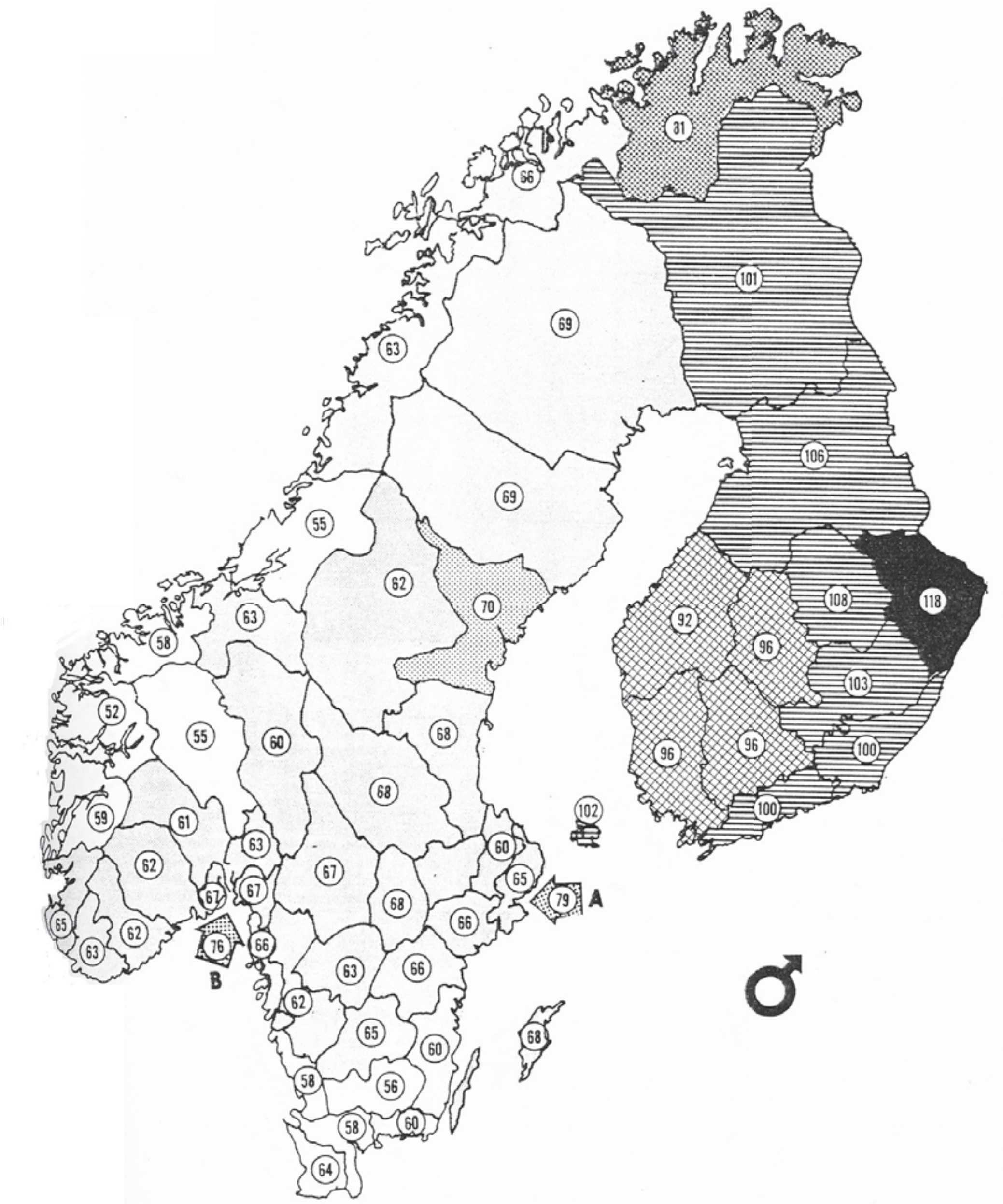
> (…) ylikuolleisuus on olennaiselta osaltaan täällä seurausta hoitamattomista sairauksista. Jos Jooseppi Kenkkusen ja Iisakki Käkriäisen pojat nykyisin ovat maanosamme raihnaimpiin kuuluva miehiä, nämä reumaattisten jäsenten ja kovettuneiden verisuonten miehet eivät ole toki lääkäriä liikoja vaivanneet. Suomalaisen miehen, Jussi Koskelan, tyyliin ei ole kuulunut vähäisten vikojen kuulutteleminen. Vikojen kanssa on eletty, niin kuin on osattu. Lääkäriin on menty vasta, kun työnteko on ollut jo topissa.[63]

Kuusen tulkintaa tukivat kuolemansyytilastot, jotka osoittivat sydän- ja verisuonitautien sekä syövän aiheuttamien kuolemien kääntyneen 1950-luvun aikana selvään nousuun. Kyse olikin sairastavuuden kokonaiskuvan muutoksesta, jota on kuvattu tartuntatautien vähenemisenä ja ns. degeneratiivisten tautien yleistymisenä. Vaikka ilmiö havaittiin kaikissa länsimaissa, pohjoismaiset vertailut vahvistivat oletukset erityisesti suomalaisten miesten sydäntautikuolleisuuden poikkeuksellisen korkeasta tasosta.[64] Sydänsairaudet, psyykkiset häiriöt, tapaturmat ja vanhenemiseen liittyvät kulumissairaudet nimettiinkin 1970-luvulle tultaessa uusiksi kansantaudeiksi.[65]

Oman lisänsä suomalaisten synkkään kuolleisuuskuvaan toivat alueelliset erot. Lääkintöhallituksen vuosikertomuksissa 1960-luvun alussa julkaistut kartat osoittivat, että Lounais-Suomessa kuolleisuus jäi reilusti alle maan keskiarvon, kun taas mustimmat alueet löytyivät Itä- ja Pohjois-Suomesta (kartta 4) .[66] Edelleen 1970-luvulle tultaessa todettiin, että pohjoiskarjalaisen poikalapsen keskimääräinen elinaika oli peräti yli kolme vuotta lyhyempi kuin varsinaissuomalaisen ikätoverinsa.[67]

---

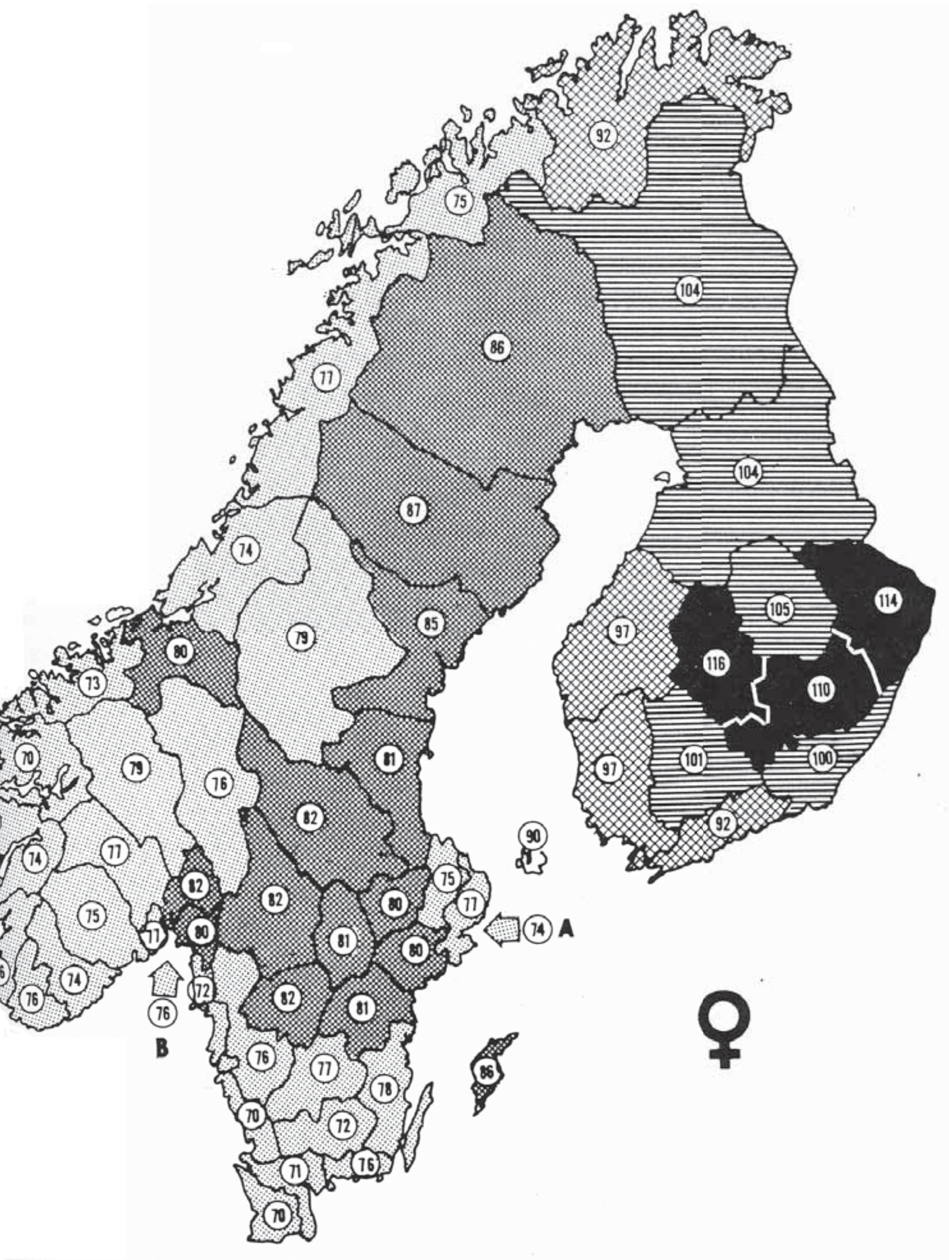
63 Kuusi 1961, 266.
64 Kannisto, Väinö, Mikä lyhentää elinaikaamme? Kansantaloudellinen Aikakauskirja 1945, 377–383; Noro 1957, 38–46; Noro 1972, 52–58; Ignatius 2000, 586–589; Koskinen & Martelin 2007, 170–171, 185–188.
65 SVT XI:72–73 1969–70, 21.
66 Kannisto 1947; SVT XI:64 1961, 15; Härö 1966, 1142–1143; Notkola 1980.
67 Leppo & Puro 1972, 4.



Kartta 4. Miesten ja naisten kuolleisuus Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa lääneittäin iän suhteen vakioituna indekseinä vuonna 1963 (Suomen keskitaso = 100)[68]

Alueellisten erojen ohella huomiota alettiin kiinnittää myös sosiaali- ja ammattiryhmittäisiin terveyseroihin, jotka osoittivat kuolleisuuden ja sairastavuuden lisääntyvän alimmissa tuloluokissa ja ruumiillisen työn tekijöiden joukossa (taulukko 29).[69] Kun johtavassa toimihen-

68 SVT XI:69 1966, 22–23.
69 Noro 1957, 16–28; Elämisen laatu 1972b, 39–41; Hemminki 1977, 53–56; Valkonen 1982, 17–22.



kilöasemassa olevista työikäistä miehistä joka kymmenes ilmoitti potevansa pitkäaikaissairautta, rakennusammattityöntekijöiden osalta luku nousi viidennekseen ja sekatyöntekijöiden sekä pienviljelijöiden osalta peräti noin kolmannekseen.[70]

70 Laurinkari & Niemelä 1978, 34.

Taulukko 29. Sosiaaliset erot 34–65-vuotiaiden ikävakioidussa kuolleisuudessa vuosina 1971–1975 (Koko maa = 100)[71]

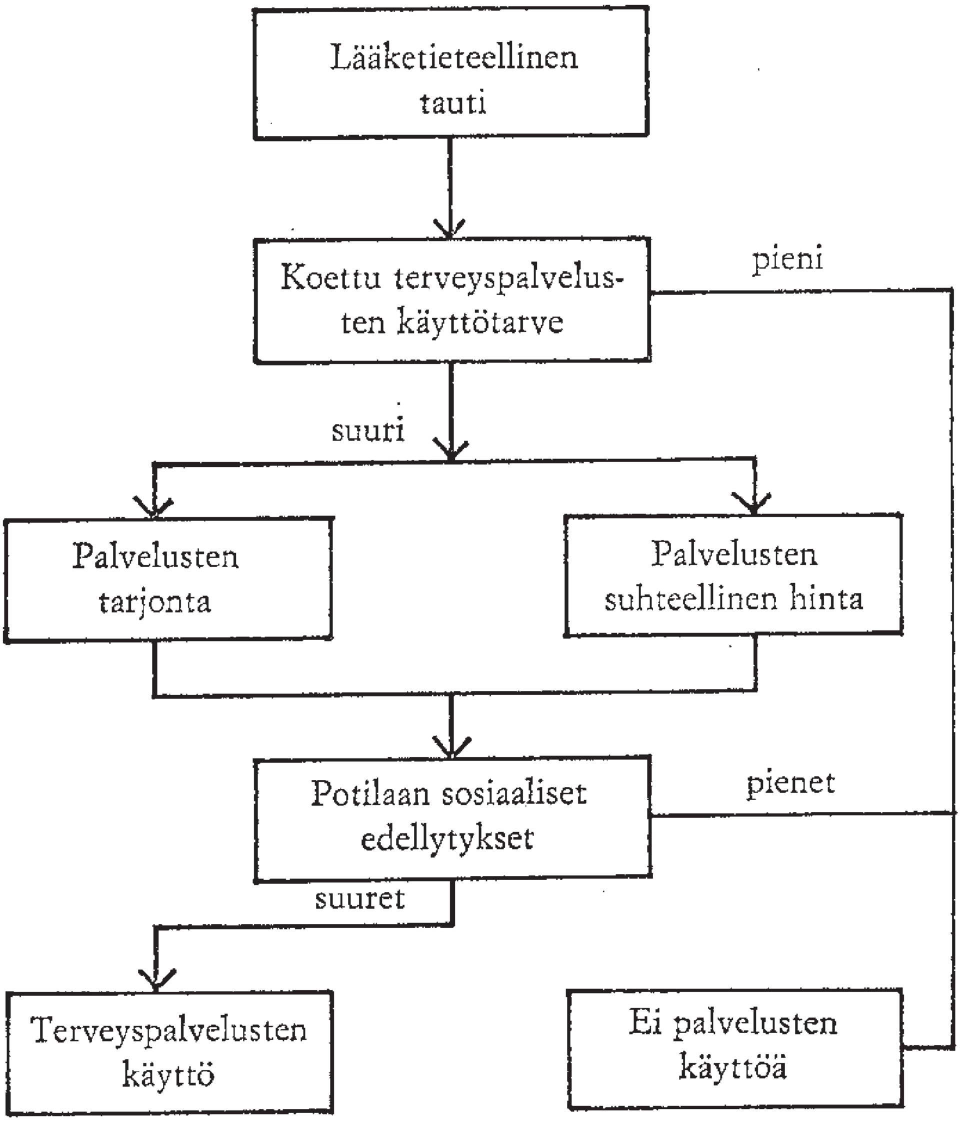
	miehet	naiset
ylemmät toimihenkilöt	69	81
alemmat toimihenkilöt	90	93
ammattitaitoiset työntekijät	105	102
ammattitaidottomat työntekijät	135	119
maanviljelijät	88	92
kaikki	100	100

Samalla, kun WHO:n jo vuonna 1948 esittämä määritelmä terveydestä täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana sai Suomessa 1960–1970-luvuilla näkyvän aseman, hoitoon hakeutumiseen liittyvät sosiaaliset kytkennät asetettiin laajan yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen kohteeksi. Terveyspalveluiden käyttöä alettiin myös hahmottaa teoreettisesti palvelutarjonnan, kustannusten sekä potilaan sosiaalisten edellytysten vuorovaikutuksena (kuvio 17).[72] Terveyden sosiaalisen aspektin esiinnoususta kertoo osaltaan myös se, että terveyshallinto siirrettiin sisäasiainministeriöstä vuonna 1968 uuteen sosiaali- ja terveysministeriöön.[73]

Sosiaalisten terveyserojen poistaminen asetettiin alueellisen tasa-arvon ohella selkeäsanaisesti sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteeksi 1970-luvulle tultaessa. Vuonna 1972 talousneuvoston terveyspolitiikan jaoston raportti – joka on todettu koko suomalaisen terveyserokeskustelun avaajaksi [74] – korosti, että ”terveyden ja sairauden jakaantumisen, samoin kuin terveyspalveluiden käytön jakaantumisen väestössä pitäisi olla riippumatonta asuinpaikasta, sosiaaliryhmästä ja ammatista”.[75] Kun lähtökohdaksi asetettiin kansalaisten yhdenvertainen oikeus terveyteen ja terveyden mahdollisimman tasainen jakaantuminen

71 Valkonen 1984, 6.
72 KM 1971:A 25, 29; KM 1971:B 4, 5–31, liite 4; Purola 1970, 115–120; Purola 1971, 3–11; Puro 1974, 14–45; Purola et al. 1967; Kalimo 1969; Purola et al. 1971; Karisto 1984; Hellsten 2009.
73 Suonoja 1992, 484–488; Tiitta 2009, 358–359.
74 Sihto 2013, 19.
75 Elämisen laatu 1972b, 55. Tasa-arvotavoite oli näkyvästi esillä myös sosiaalihuollon periaatekomiteassa KM 1971:A 25, 10, 22.

väestössä, tavoitteen saavuttamisen todettiin liittyvän tiiviisti koko yhteiskunnan alueellisen ja sosiaalisen tasa-arvon kehittämiseen.[76]



Kuvio 17. Terveyspalveluiden käytön malli 1960-luvun lopulta[77]

76 Puro 1975b, 75.
77 Esko Kalimon (1969, 32–33) laatima malli Kari Puron (1974, 34) esittämänä.

2. PERUSTERVEYDENHUOLTO KAIKKIEN SAATAVILLE

Ennaltaehkäisevään avohoitoon

> Lääkäripulaisen syrjäkunnan pieneläjää ei suuremmalti rohkaise se, että kaupungeissa on runsaasti eteviä lääkäreitä, eikä sairaalloisuuttaankin pienituloisen terveydentilaa sanottavasti kohenna tieto, että hänen vaivansa olisi hoidettavissa jos hänellä olisi varaa jäädä sairaslomalle ja maksaa matkojen, hoidon ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset.[78]

Terveyspolitiikan tehtävä määriteltiin *60-luvun sosiaalipolitiikassa* kaksitahoisesti: yhteiskunnan tuli huolehtia paitsi siitä, että kaikkien kansalaisten saatavilla oli tarvittavia terveyspalveluita, myös siitä, ettei palveluiden käyttö johtanut taloudellisiin vaikeuksiin.[79] Kuusen mukaan tilanteessa, jossa maan lääkäritiheys oli Euroopan alhaisin, ensisijaista ja kiireellisintä oli parantaa julkisten terveyspalveluiden tarjontaa:

---

78 Purola 1967, 7.
79 Kuusi 1961, 252.

> Kun terveydenhuoltomme perusvirhe on lääkintäpalvelusten niukkuus eikä niiden kalleus, tällöin lääkintäpalvelusten hinnanalennus sinänsä ei kohota lääkintälaitoksemme hoitokykyä lainkaan. (…) On turha lisätä kysyntää sinne missä palveluksia jonotetaan. (…) Tehokkainta sairastamismenetysten tasaamista on maassamme toistaiseksi oleva se, että yhteiskunta hankkii itselleen lääkäreitä, sairaanhoitajia, neuvoloita, terveysasemia ja sairaaloita, joiden palveluksia se voi alihintaan tarjota kansalaisilleen.[80]

Terveyspalveluiden niukkuuden rinnalla erityisongelmana oli palveluiden alueellisesti epätasainen ja epätasa-arvoa ylläpitävä jakauma.[81] Vuonna 1960 asetettu kansanterveyskomitea kiinnitti lisäksi huomionsa siihen, että terveydenhuolto painottui nuoriin ikäluokkiin.[82] Lasten- ja äitiyshuollon palveluiden peittävyydestä voitiinkin 1970-luvulle tultaessa esittää jo varsin vakuuttavia lukuja:

- 100 % kouluikäisistä lapsista kävi lääkärintarkastuksessa ensimmäisenä ja viimeisenä kouluvuonna
- 99,6 % synnytyksistä tapahtui synnytyssairaaloissa
- 99,2 % raskaana olevista naisista oli äitiysneuvolan piirissä
- 97,9 % kansakoululaisista oli järjestetyn hammashoidon piirissä
- 97 % alle 7-vuotiaista lapsista oli lastenneuvolan piirissä.[83]

Kansanterveyskomitea painotti, että myös varttuneemmat ikäluokat piti saada järjestelmällisen terveydenhuollon piiriin.[84] Pekka Kuusi piti yhtä lailla tärkeänä palveluiden sukupuolierojen poistamista: kun valtaosa nuorista naisista päätyi äitiyshuollon kautta valistuksen ja palvelujen piiriin, ongelmana oli, että miehistä vain hyväkuntoisimmat pääsivät aktiivi-iässä armeijan tarjoamaan terveydenhuoltoon, mutta “ruununraakit lähetetään vikoineen ja vaivoineen kotiin häpeämään”.[85]

80 Kuusi 1961, 287–288.
81 Kuusi 1961, 257–260.
82 KM 1965:B 72, 8.
83 Elämisen laatu 1972b, 85–86.
84 KM 1965:B 72, 8.
85 Kuusi 1961, 265–266, 285.

Terveydenhuollon rakenteelliseksi ongelmaksi havaittiin sairaalapainotteisuus. Sodanjälkeisen sairaalarakentamisohjelman tuloksena sairaansijamäärät ylsivät maailman huippulukuihin ja sairaalaverkon todettiin 1960-luvulla jakautuneen suhteellisen tasaisesti kautta maan. Samalla kun sairaalamenojen osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista ylsi 85 prosenttiin, potilaspaineen todettiin kuitenkin jatkuvasti kasvavan ja leikkausjonojen venyvän.[86] Kuusi korosti, ettei "lääkintälinnoitusten" rakentaminen riittänyt kohentamaan kansanterveyden tilaa vaan pikemminkin päinvastoin: kansanterveydellinen tulos saattoi itse asiassa heikentyä, "jos sairaalan seinien sisäpuolella saavutetaan voittoja siten, että sairaalan ulkopuoliset alueet muodostuvat terveydenhuollollisiksi tyhjiöiksi".[87] Kansanterveys ei ratkaisevasti kohentunut sillä, että "hyvät lääkärit parantavat huonoja potilaita ajanmukaisissa sairaaloissa" vaan

> olennaisinta on, että hyvät lääkintäpalvelukset viedään jokaista kansalaista lähelle. (…) Lääkintäpalvelukset tuskin ovat kansaa lähellä, niin kauan kuin terveydenhuollon kokoavana tunnuksena on sairaala.[88]

Hoitoonhakeutumisen tehostamiseksi ja piilevien, kroonisten sairauksien voittamiseksi painopiste asetettiin kaikkien kansalaisten saatavilla oleviin, ennaltaehkäisyyn pyrkiviin avohoitopalveluihin. Jotta lasten osalta jo saavutetut hyvät tulokset säilyivät, ensisijainen tavoite oli saada neuvolan ja kouluterveydenhuollon piiristä poistuneet ikäluokat lakisääteisen järjestelmällisen terveysneuvonnan pariin. Erityishuomio suunnattiin työikäisen väestön työkyvyn säilyttämiseen ja palauttamiseen.[89] Toivomuksia ennaltaehkäisevän hoidon kehittämiseksi esitettiin eduskunnassa jo 1950-luvun puolivälistä lähtien, ja uudistus toteutui

86 Suomen kartasto 1960 1961, 114–115; KM 1965:B 72, 32–33; VP 1971, A I, Hall. es. no 98, 1–2; Harjula 2007, 84–90.
87 Kuusi 1961, 281–282.
88 Kuusi 1961, 264, 283–284.
89 Kuusi 1961, 274; KM 1965:B 72, 31; Terveydenhuollon ohjelma vuosille 1975–79 1974, 5, 12.

lopulta yli vuosikymmenen kestäneen valmistelun jälkeen vuonna 1972 säädetyllä kansanterveyslailla.[90]

Terveyskeskusjärjestelmä: kokonaisvaltaisuus tasa-arvon takeena

Kansanterveyskomitea kiinnitti huomionsa kokonaissuunnitelman puuttuessa muotoutuneen terveyslainsäädännön hajanaisuuteen ja epäyhtenäisyyteen. Tavoitteeksi asetettiin keskitetyn järjestelmän aikaansaaminen.[91] Kunnanlääkäreitä, terveyssisaria, kätilöitä, neuvoloita, kansakoululääkäreitä ja -hammaslääkäreitä koskevat erillislait ehdotettiin kumottavaksi ja koottavaksi kaikki alat yhdistävän kansanterveyslain piiriin. Samalla yksittäisten viranhaltijoiden erilliset työsuoritukset haluttiin nivoa yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jota nimitettiin terveyskeskukseksi. Terveyskeskuksen suunniteltiin rakentuvan vähintään 3-6 lääkärin vastaanottopisteeksi, ja ajatuksena oli henkilökunnan joustava käyttö kaikenlaisiin terveyskeskuksen tehtäviin.[92] Samalla terveyssisaren ja kätilön nimikkeet ehdotettiin korvattavaksi terveyshoitajan viroilla.[93]

Terveyskeskusjärjestelmään nojaava kansanterveyslaki (1972) poikkesi lähtökohdiltaan aiemmasta lainsäädännöstä sikäli, että lakiin ei kirjattu kunnan väkilukuun pohjautuvia henkilökuntanormeja. Vielä vuonna 1965 julkaistussa komiteanmietinnössä normeja perusteltiin henkilökunnan lisätarpeella, mutta neljä vuotta myöhemmin kansanterveystoimikunta halusi jättää kunnille harkintavaltaa. Kansanterveyslaista tuli puitelaki ja tarkemmat määräykset kirjattiin

90 VP 1954, Liitteet VI, 8, Toiv. al. no 108, 413; VP 1954, A V:2, Toiv. al. miet. no 20, Edusk. toivomus; VP 1957, Liitteet VI, 7, Toiv. al. no 152, 344; VP 1961, Liitteet VI, 11, Toiv. al. no 159, 423; KM 1965:B 72; KM 1969 A:3; Kansanterveyslaki 28.1.1972 no 66.

91 KM 1965:B 72, 13–15.

92 Kuusi 1961, 282–283; KM 1965:B 72; KM 1969:A 3,10; Ojala, Vataja & Vintturi 1974, 86–87.

93 KM 1965:B 72, 59–64.

viisivuotissuunnitelmiin.[94] Muutos tulkittiin kaavamaisuudesta irrottautumiseksi:

> Kansanterveyslain säätäminen merkitsi eräistä haitallisiksi osoittautuneista kaavamaisuuksista vapautumista. (…) Selvää (…) on, ettei kunnassa tarvittavien kansanterveystyötä tekevien viranhaltijoiden tarve ole riippuvainen yksinomaan väestön määrästä, vaan siihen vaikuttavat monet muut tekijät, kuten väestön ikärakenne ja kunnan maantieteelliset olosuhteet. Kansanterveyslakiin on tarkoituksellisesti jätetty ottamatta tällaisia sidonnaisuuksia.[95]

Kun henkilökuntanormien tarkoituksena oli aikanaan vakiinnuttaa uudet toimintamuodot asettamalla kunnille velvoituksia, kansanterveystoimikunnan mukaan tähän ei enää 1960-luvun lopulla ollut tarvetta:

> Kunnan kansanterveystyöllä on kuitenkin nykyisin niin vankat perinteet, että (…) säännökset voivat olla (…) yleisluontoisia (…). Kehitys on jopa johtanut siihen, että kunnat ylittävät lakisääteiset velvollisuutensa.[96]

Kuntien vapaaehtoinen sitoutuminen terveyspalveluiden tarjoamiseen olikin selvä osoitus julkisten palvelujen itsestäänselvyydestä ja yhteiskunnallisen terveyden turvaamisen velvoitteen laajamittaisesta hyväksynnästä. Hannu Soikkasen mukaan itse asiassa jo vuonna 1953 asetettu komitea piti kuntien tehtäviä täysin vakiintuneina ja katsoi, että kunnat olisivat jatkaneet niiden hoitamista jopa ilman lakisääteisyyttä ja valtionapuja.[97] Kuvaavaa on, että vaikka esimerkiksi kodinhoitajien palkkaaminen oli kunnille täysin vapaaehtoista, vuonna 1960 enää neljännes kunnista oli vailla kodinhoitajan virkaa ja 15 vuotta myöhemmin viranhaltija löytyi jokaisesta kunnasta.[98]

94 KM 1965:B 72, 47–65, 89–90; KM 1969:A 3, 11–12; Kaipainen 1975, 83–84; Rintanen 1975, 154; Mattila 2011, 142.
95 Ojala, Vataja & Vintturi 1974, 87–88.
96 KM 1969:A3, 12.
97 Soikkanen 1966, 671.
98 Rauhala 1996, 153–164; Waris 1978, 255.

Kansanterveyslain toimeenpanossa korostettiin kokonaisvaltaisuutta: tavoitteena oli luoda järjestelmä, joka kattoi ”kaikki väestön terveydenhuollolliset ja siihen liittyvät muut sosiaalipolitikan alaan kuluvat tarpeet”.[99] Kansainväliset vertailut 1960-luvulta osoittivat, että suomalaisilla oli muita harvemmin tiedossa jokin tietty hoitopaikka, jonka puoleen kääntyä apua tarvittaessa. Avohoidon huonon saatavuuden takia suomalaiset olivat näin ollen ”löyhemmin kytkettyinä terveydenhuoltojärjestelmän syöttökanavaan”.[100] Aikuisten ehkäisevän terveydenhoidon palveluiden rakentaminen oli siten ”aloitettava lähes tyhjästä” luomalla terveyskeskuksiin ehkäisevään työhön keskittyviä virkoja.[101]

Terveyskeskusten pyrkimyksenä oli keskittyä yleislääkäritasoisen hoidon antamiseen, mutta kokonaisvaltainen vastuu potilaista näkyi siinä, että niiden tuli ohjata ja tarvittaessa myös toimittaa erikoishoitoa tarvitseva potilas jatkohoitoon: ”henkilö ei joudu omin päin etsimään asianmukaista hoitopaikkaa niin kuin voi nykyisin käydä säännösten puutteellisuuden vuoksi”.[102] Uuden lain mukaan kunnan oli huolehdittava myös sairaankuljetuksen järjestämisestä.[103] Kuntia ohjeistettiin tarjoamaan terveyskeskuspalveluita arkisin 12 tunnin ajan ja pyhisin 6 tunnin ajan sekä järjestämään ensiapupäivystys ympäri vuorokauden.[104] Juuri kuntakohtaisen päivystyksen puutteen oli todettu johtaneen siihen, että potilaat hakeutuivat kaupunkien erikoislääkärijohtoiseen sairaalahoitoon lievempienkin sairauksien takia ja joutuivat ”tutkimusjärjestelmään, joka alkaa aina alusta, koska mitään jatkuvaa säännöllistä yhteyttä potilasta hoitavien eri lääkäreiden ja organisaatioitten välillä ei ole”.[105]

Terveyskeskusten painopiste oli avohoidossa, mutta sairaalalaitos nivottiin järjestelmän osaksi, kun kuntien yleislääkärijohtoiset paikallissairaalat muutettiin terveyskeskusten vuodeosastoiksi.[106] Vuo-

99 Terveydenhuollon ohjelma vuosille 1975–79 1974, 7.
100 Purola 1975, 65–70; Puro 1974, 131–134.
101 Puro 1974, 140–141; Rimpelä 2004, 67.
102 KM 1969:A 3, 42.
103 Ojala, Vataja & Vintturi 1974, 118–119.
104 Aer & Rokka 1975, 255, 259.
105 Puro 1974, 134.
106 Vauhkonen & Bäckman 1973, 16–17; Aer & Rokka 1975, 266–267.

deosastot nähtiin ratkaisuna paitsi akuuttihoidon tarpeeseen myös sosiaalihuollon vastuulle jääneiden pitkäaikaissairaiden hoito-ongelmaan.[107] Jo vuonna 1961 lääkintöhallitus teki periaatepäätöksen siitä, että pitkäaikaissairaat piti hoitaa sairaalalaitoksen puitteissa.[108] Kansanterveyslakia säädettäessä todettiin niin ikään, että "sairaan ihmisen hoidon järjestäminen, olipa kysymyksessä pitkäaikaissairas tai lyhytaikaissairas, on terveydenhuoltoviranomaisten tehtävä". Vuosittain 300–500 kunnalliskotien sairasosastopaikkaa suunniteltiin siirrettäväksi terveyskeskusten vuodeosastojen käyttöön.[109] Sairaalatilastoissa tämä muutos näkyi 1970-luvun aikana laitossairaalapaikkojen vähentymisenä ja yleissairaaloiden kasvuna (kuvio 12, s. 163). Samaan yhtenäistämiskehitykseen kytkeytyy myös luvussa III tarkasteltu kunnalliskotien mielisairasosastojen alasajo ja niiden lakkauttaminen vuonna 1982.

Sairauksien ehkäisyn ja hoidon rinnalla terveydenhuollon kolmanneksi päätehtäväksi nostettiin 1960-luvulla kuntoutus.[110] Juuri korkeiden työkyvyttömyyslukujen vaivaamassa Suomessa pitkäaikaissairaiden kuntouttamista työelämään ja aktiivisiksi kansalaisiksi alettiin pitää välttämättömänä:

> (…) potilaan hoito ei saa loppua, kun hän sulkee jälkeensä sairaalan tai muun hoitopaikan ovet, vaan hänestä on huolehdittava niin pitkälle, kunnes hän pystyy omin voimin tulemaan mahdollisimman täydellisesti toimeen jokapäiväisessä elämässä.[111]

Lääkinnällisen kuntoutuksen ajatus koski aluksi vain erityisryhmiä, kuten invalideja (luku III). Vuoden 1956 kansaneläkelaki mahdollisti jo periaatteessa kuntouttavat toimenpiteet kenelle tahansa pysyvän työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn palauttamiseksi, ja

107 VP 1971, A I, Hall. es. no 98, 4, 7; VP 1971, A I, Hall. es. no 98, Sosiaalivaliok. lausunto 3, 27.
108 Eskola 1968, 41; KM 1971:A 25, 13, 45; Ruikka 1972, 240–241; Piirainen 1974, 350–351.
109 Aer & Rokka 1975, 266–270; Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1975–1979 1974, 30.
110 SVT XI:62 1959, 9; Kuntouttaminen – terveydenhuollon kolmas tehtävä 1965.
111 Noro 1957, 122–123. Myös esim. Kuusi 1961, 247–248, 324–325.

sairausvakuutuslain myötä kuntoutus vakiintui osaksi Kansaneläkelaitoksen toimintaa.[112] 1960–1970-luvuilla pyrkimyksenä oli integroida kuntoutus sairaanhoidon osaksi ja turvautua erillisorganisaatioihin vain, mikäli toiminnan järjestäminen ei normaalien palvelukanavien puitteissa ollut mahdollista.[113] Kansanterveyslaki sisällyttikin lääkinnällisen kuntoutuksen osaksi kunnan järjestämää sairaanhoitoa eli lähtökohtaisesti jokaisen kuntalaisen ulottuville. Alan hajanaisuus säilyi silti edelleen, sillä kuntoutusta säädeltiin 1970-luvulla peräti 40:ssä eri laissa tai asetuksessa ja käytännön työtä tehtiin useissa toimintaorganisaatioissa.[114] Terveyskeskusten rooli kasvoi, kun invalidien lääkinnällinen kuntoutus siirrettiin kunnallisen terveydenhuollon tehtäväksi vuonna 1984.[115]

Terveyskeskusten toimintakenttä koski erittelemättä kaikkia sairauksia, joskin tarttuvia tauteja säädeltiin edelleen erityislaeilla. 1970-luvun alkupuoliskolla tavoitteeksi asetettiin sukupuolitautien, tuberkuloosin ja kulkutautien torjumisen integrointi osaksi muuta kansanterveystyötä, ja muutos toteutettiin aiemmat erityislait kumonneella tartuntatautilailla vuonna 1986.[116] Kaiken kaikkiaan rajanvedon yleissairauksien ja erikoisalojen kuten tuberkuloosin ja mielisairauksien hoidon välillä todettiin 1970-luvulla olleen poistumassa.[117] Psykiatria pyrittiin nivomaan muiden sairaanhoidon erikoisalojen joukkoon, ja terveyskeskusten psykologivirkojen myötä ala kytkeytyi kansanterveystyöhön. Ehdotuksia erillisten mielisairaanhuolto- ja tuberkuloosipiirien korvaamisesta kaikki erikoisalat kattavilla sairaanhoitopiireillä tehtiin jo 1980-luvun alussa, mutta muutos toteutui vasta 1990-luvulle tultaessa.[118]

Hammashoidosta tuli kansanterveyslain myötä osa perusterveydenhuoltoa. Kuntien velvollisuudet laajenivat huomattavasti, sillä

112 Kansaneläkelaki 8.6.1956 no 347, § 34; Kallio 1995, 5–7.
113 KM 1979:9.
114 Kansanterveyslaki 28.1.1972 no 66, § 14; Lahtinen & Lahtinen 1975, 310–327; KM 1979:9, IX–XII, 24–38; Kallio 1995, 20; Kallio 1983, 193–203.
115 Eräkanto 1998, 120–121; Paatero 1998, 140.
116 Terveydenhuollon ohjelma vuosille 1975–79 1974, 50; Tiitta 2009, 397–399. Vuonna 1986 säädetty laki kumosi vuoden 1952 sukupuolitautilain ja vuoden 1960 tuberkuloosilain. Tartuntatautilaki 25.7.1986 no 583.
117 Ojala, Vataja & Vintturi 1974, 29.
118 Tiitta 2009, 391–395; KM 1984:17, 54; Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989 no 1062.

aiemmin niiden vastuulla oli ainoastaan kansakoululaisten hammashoidosta huolehtiminen. Resurssien puutteessa kunnallinen hammashoito säilyi kuitenkin pitkälti yksinomaan lasten oikeutena, vaikkakin vuoden 1977 alusta kuntien edellytettiin varaavan hoitomahdollisuuksia myös aikuisille. Vuosikymmenen lopulla edelleen yli 90 prosenttia aikuisväestöstä joutui hakemaan hammashoitonsa yksityislääkäreiltä.[119]

Kansainvälisesti ottaen suomalaisen terveyskeskusjärjestelmän erityispiirre oli sen tuottaman palveluvalikoiman laajuus.[120] Osa kokonaisvaltaisen järjestelmän toteuttamista olivat kansanterveyslain edellyttämät, lääkintöhallituksen laatimat ja valtioneuvoston vahvistamat valtakunnalliset viisivuotissuunnitelmat, jotka paikallistasolla konkretisoituivat kunnallisiksi toimintasuunnitelmiksi.[121] Kunnan velvollisuus oli huolehtia siitä, että kuntalaiset saivat terveyspalvelut ”tarpeeksi läheltä sekä vähintään saman tasoisina ja saman määräisinä kuin ne yleensä maassa saadaan.” Suunnittelujärjestelmän todettiin kuitenkin antavan pitkälti lääkintöhallitukselle ratkaisuvallan siitä, ”miten lähellä väestöä palvelut maassa säilytetään”.[122] Valtakunnalliset suunnitelmat ulotettiin terveyskeskustoiminnan lisäksi myös sairaalalaitokseen,[123] ja Panu Pulma onkin todennut kokonaisvaltaisuuden ja suunnitelmallisuuden muodostuneen 1970-luvulla “iskusanoiksi, joiden avulla Suomea piti vietämän kohti valoisaa ja vaurasta tulevaisuutta.”[124]

Kuntien välisten erojen kaventamiseksi valtionapua myönnettiin kansanterveyslain myötä uusin perustein: veroäyrien ja menojen pohjalta porrastetun kantokykyluokan mukaan siten, että taloudellisesti heikoimmassa asemassa olevat kunnat saivat 70 prosentin ja parhaimmassa asemassa olevat vain 39 prosentin avustuksen.[125] Jo *1960-luvun*

119 Ojala, Vataja & Vintturi 1974, 119–120; Tiitta 2009, 406–411; SVT XI:74 1971–77, 55–57. Enimmillään 1970-luvun lopulla noin 16 % Pohjois-Karjalan aikuisista asioi terveyskeskuksen hammashoidossa, kun taas Uudellamaalla vastaava luku jäi 4 prosenttiin. Tala, Rajala & Hausen 1982, 46.
120 Kokko 2013, 251. Terveyskeskus-käsitteestä eri maissa ks. Rimpelä 2004, 61–62.
121 Ojala, Vataja & Vintturi 1974, 89–90.
122 Vataja 1974, 263.
123 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 17.
124 Pulma 1996, 27.
125 Ojala, Vataja & Vintturi 1974, 33–34, 69–70, 90.

sosiaalipolitiikka -ohjelmassa korostettiin, että maaseutukuntien palveluiden saatavuuden parantamiseksi terveyskeskusten perustaminen tuli aloittaa korpi- ja saaristoseuduilta.[126] Syrjäseutupainotusta perusteltiin alueellisilla sairastavuuseroilla sekä asustuskeskuksissa tarjolla olevilla yksityispalveluilla – vaikkakin samalla todettiin, että yksityispalvelut olivat kalliimpia ja kattoivat vain osan kansanterveyslain tarkoittamista palveluista. Terveyskeskustoiminta keskittyikin 1970-luvun alussa Itä- ja Pohjois-Suomeen ja myös etelässä asutuskeskusten ulkopuolelle.[127] Edelleen 1980-luvulle tultaessa terveyskeskuspalveluiden todettiin kehittyneen hitaimmin suurissa asutuskeskuksissa.[128] Esimerkiksi Helsingissä laskettiin tuolloin olleen peräti 6 700 asukasta terveyskeskuslääkäriä kohden, kun suhdeluku koko maassa oli 2 700 ja monissa maaseutukunnissa jopa alle 2 000. Juuri valtionavun porrastuksen sekä tarjolla olleiden yksityisten palveluiden todettiin vähentäneen suurten kaupunkien panostusta terveyskeskusten kehittämiseen.[129]

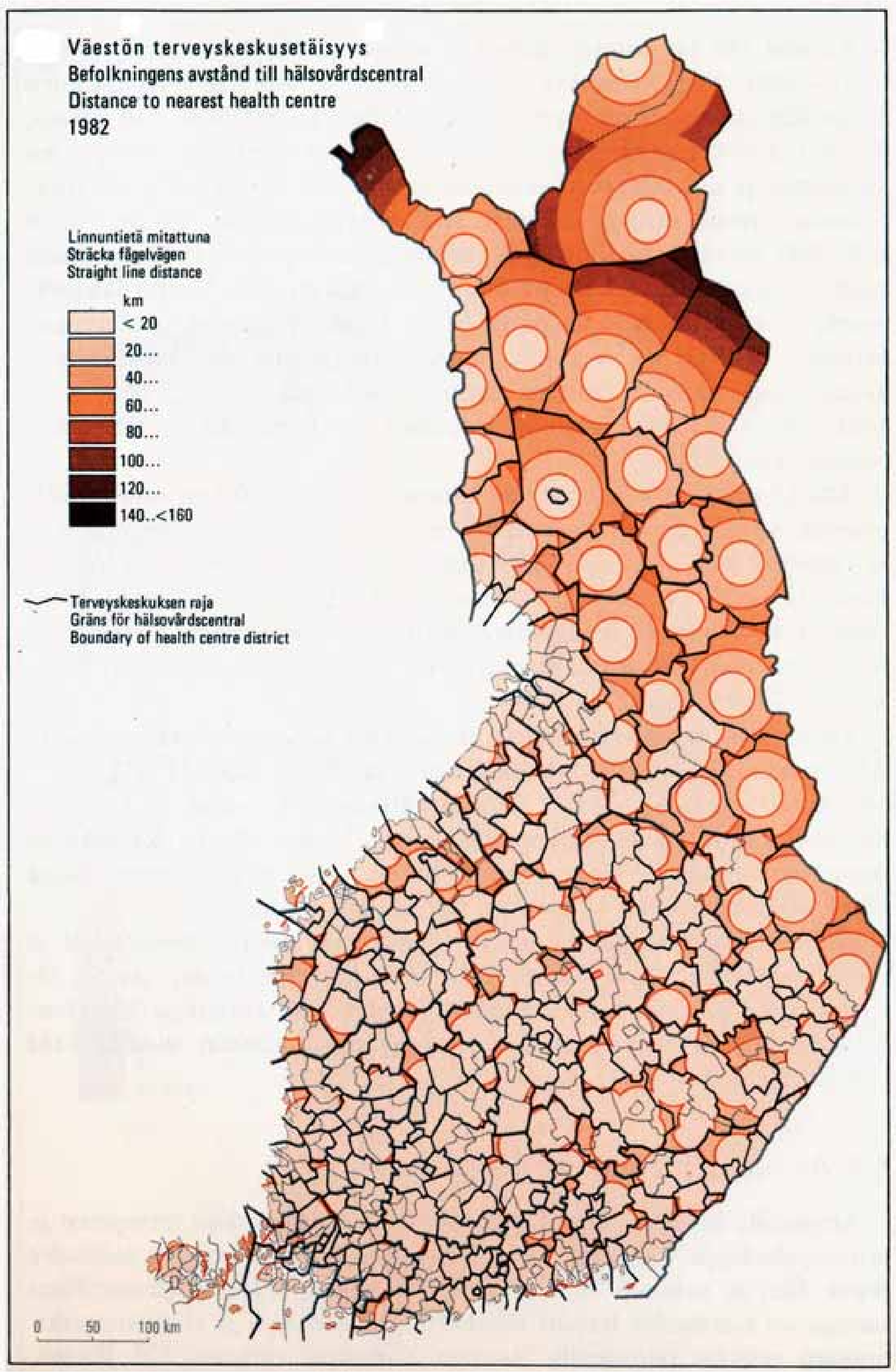
Unto Häkkinen on laskenut, että koko maassa terveyskeskusten osuus yleislääkärikäynneistä ylsi jo vuonna 1973 kahteen kolmasosaan ja vuonna 1983 liki 80 prosenttiin.[130] Erikoislääkärien vastaanotot mukaan luettuina terveyskeskusten osuus nousi 1980-luvulla peräti puoleen kaikista avohoidon lääkärissäkäynneistä (taulukko 30). Alueellisesti tarkasteluna terveyskeskukset olivat varsin hyvin saavutettavissa olevia lähipalveluita, sillä yli 40 kilometrin terveyskeskusmatkat olivat 1980-luvulla yleisiä ainoastaan pitkien etäisyyksien Lapissa (kartta 5).

126 Kuusi 1961, 283; Pesonen 1973, 138.
127 Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1975–1979 1974, 29
128 Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1981–1985 1980, 27.
129 Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Kari Puron haastattelu teoksessa Keränen 1980, 133–135.
130 Häkkinen 1986, 18, 20.

Taulukko 30. Lääkärissäkäynnit eri organisaatioissa (%), 1973–1983[131]

	1973	1983
julkinen terveydenhuolto	**65.2**	**72.5**
terveyskeskukset	37.6	51.1
yleissairaaloiden poliklinikat	22.0	16.1
mielenterveystoimistot ja mielisairaaloiden poliklinikat	2.6	3.6
tuberkuloositoimistot ja parantoloiden poliklinikat	2.5	1.2
laitossairaalat	0.5	0.5
yksityinen terveydenhuolto	**34.8**	**27.5**
yksityislääkärit	26.1	17.6
työterveyshuolto	8.2	9.3
opiskelijoiden terveydenhuolto	0.5	0.6
yhteensä	100.0	100.0
käyntien lukumäärä	12 862 000	17 010 000

131 Häkkinen 1986, 19.



Kartta 5. Etäisyys terveyskeskukseen vuonna 1982[132]

132 Suomen kartasto 1985, karttalehti 342, 17.

Eroon varattomuuslapuista!

Terveyspalvelujen käytön taloudellisten esteiden poistaminen oli palvelurakentamisen rinnalla toinen painopiste 1960-luvulta lähtien. Ongelmana oli, että sairauskulujen ja ansionmenetysten pelossa hoitoonhakeutumista viivyteltiin ja huoltoapuun turvauduttiin vasta viimeisessä hädässä, jos silloinkaan.[133] Varsinkin miesten terveyden katsottiin kärsineen sen takia, ettei perheenelättäjällä Suomessa yksinkertaisesti ollut varaa sairastaa.[134] Leila Suokaksen esiin tuoma, 1940-luvulla keuhkotuberkuloosiin sairastuneen miehen muistelma konkretisoi perheelle aiheutuneen taloudellisen ahdingon:

> Siihen aikaan ei vielä ollut sairasajoilta mitään päivärahoja, en kuulunut edes sairaskassaan koska työpaikallani ei sellaista ollut. Ei ollut korvausasiaa vireillä, eikä minkäänlaisia säästöjä. Kaiken lisäksi toinen poikamme syntyi saman aikaan. Kun asetuin sairaalan vuoteelle ja aloin harkita tilannetta, olin perheeni toimeentulon tähden epätoivoinen. – Neljä ja puoli kuukautta siinä vierähti, sukulaisten, työtovereiden ja varsinkin urheiluseurani jäsenten turvin. Sosiaalilautakuntaan meno olisi tuolloinkin ollut liian suuri häpeä. Toistuvat pyynnöt kotiinpääsystä tuottivat lopulta tuloksen, sillä ehdolla kuitenkin, etten vielä ainakaan puoleen vuoteen mene työhön vaan toivun kotona. Oli pakko mennä heti seuraavana päivänä. Niin tosi oli, aivan pakko.[135]

Köyhäin- eli huoltoavun hakemisen vierautta kuvastaa 1950-luvun alussa tehty paikallisselvitys eteläsuomalaisesta pikkukaupungista ja sen ympäristöstä: 80 prosenttia haastatelluista piti yhteydenottoa köyhäinhoitolautakuntaan vaikeana tai pelottavana. Viidennes ei edes tiennyt lautakunnan olemassaolosta ennen avun tarpeeseen joutumista. Eräs perheenäiti kertoi, kuinka miehen keuhkotaudin takia oli jouduttu myymään kellot ja sormuksetkin ennen kuin terveyssisar

133 Esim. Pesonen 1973, 158–159.
134 Kuusi 1961, 267–277; Bäckman 1969, 10–11, 69–70.
135 Suokas 1992, 76.

neuvoi anomaan huoltoapua.[136] Myös vuonna 1964 vain neljännes haastattelututkimukseen osallistuneista tamperelaisista piti sosiaalihuollon puoleen kääntymistä luonnollisena, kun taas neljännes piti ajatusta erittäin vastenmielisenä ja 40 prosenttia vastanneista koki sen olevan ”aika vaikeaa”.[137]

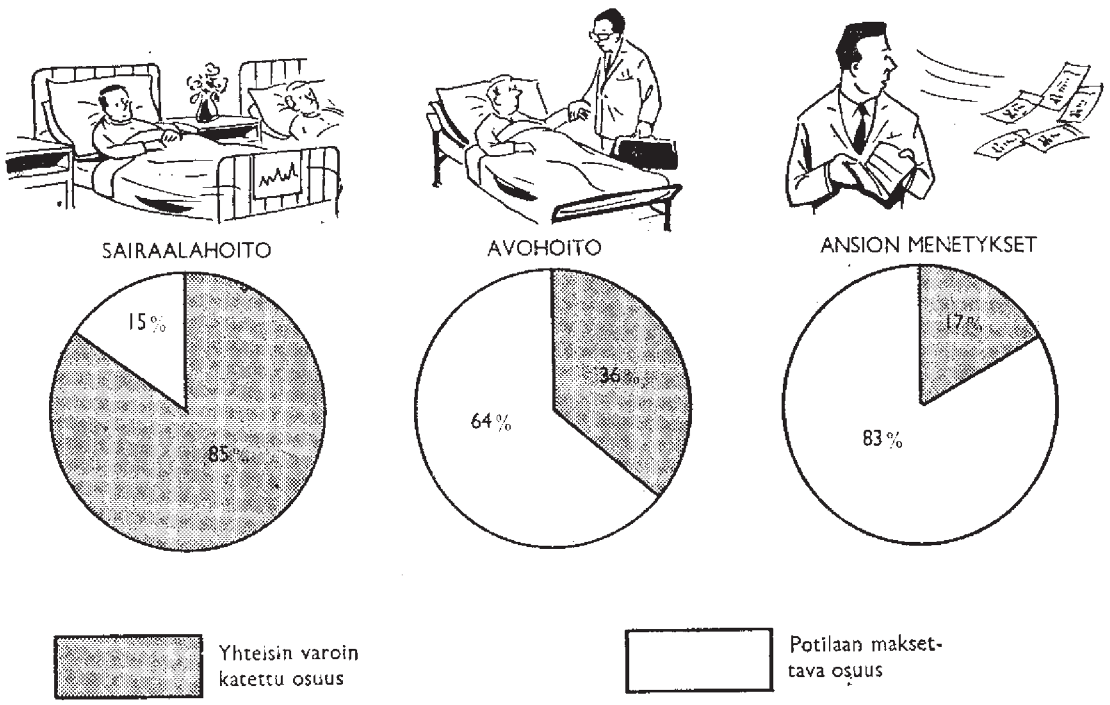
Tarveharkintainen köyhäinhoidollinen avustaminen nähtiin kansanterveyden kannalta toimimattomaksi järjestelmäksi. Sosiaaliministeriön kansliapäällikkö Niilo Mannio nimesi käytännön jo vuonna 1947 vanhentuneeksi ja epätyydyttäväksi.[138] Pekka Kuusi painotti, että kansanterveyden kohottaminen edellytti uudenlaista lähestymistapaa:

> Varattomuuslappujen merkeissä ei kansamme hakeudu terveyttään hoitamaan. Siihen tarvitaan sairastamismenetysten yleistä tasaamista maassa.[139]

Terveydenhuoltomenojen tasauksen suhteen Suomi kuului tuolloin Euroopan häntäpäähän: sairauskustannuksista katettiin yhteiskunnan varoin noin kolmannes, kun sosiaalipolitiikan edelläkävijämaissa luvun todettiin yltävän kahteen kolmannekseen. Pekka Kuusen mukaan suomalaisten hoitoonhakeutumista hidasti osaltaan se, että yhteiskunnan tuen painopiste oli sairaalahoidossa, mutta avohoidon kustannukset jäivät – ansionmenetysten tavoin – pitkälti potilaiden itsensä maksettavaksi (kuvio 18). [140]

---

136 Aapro, Kyllikki, Huollettavan suhde huoltolautakuntaan. Huoltaja 24/1951, 589–593.
137 Helenius 1971, 104–106.
138 Mannio, Niilo A., Sosiaalivakuutusjärjestelmän kehittäminen. SAik 5–6/1947, 174, 178.
139 Kuusi 1961, 273. Myös: Noro 1957, 21.
140 Kuusi 1961, 267–273.



Kuvio 18. Potilaan ja yhteiskunnan maksama osuus sairauskuluista vuonna 1959[141]

Koska köyhäinhoidon rooli sairaalakulujen maksajana oli huomattava, Kuusi korosti, että huoltoavun saajien määrän kehitys riippui suuresti siitä, miten sairastamismenetysten tasaamisessa edettiin. Tuberkuloosihoidon muuttuminen maksuttomaksi vuoden 1961 alusta merkitsi hänen mukaansa arviolta noin 5 000 huoltoavunsaajan vähenemistä, ja vastaava muutos mielisairaanhoidossa olisi alentanut avunsaajamäärää liki 20 000 hengellä.[142] Tapauskohtaisten erityisjärjestelyjen sijaan sairauskulukysymyksessä pyrittiin kuitenkin etsimään kaikki kansalaiset kattavaa kokonaisratkaisua. Uudenlaista ilmapiiriä kuvastaa eduskunnassa vuonna 1959 alle kouluikäisten lasten ilmaista sairaanhoitoa koskevan aloitteen yhteydessä esitetty kanta, jonka mukaan ”on parempi, että maksuton sairaanhoito ratkaistaan yhtenä kysymyksenä eikä joitakin erillisaloja sieltä täältä nyppien.”[143]

141 Kuusi 1961, 271.
142 Kuusi 1961, 304–305.
143 VP 1959, PK I, 472.

Ilmaishoitovaatimuksista sairausvakuutuksen osakorvaukseen 1963

Keskustelu kaikille kansalaisille maksuttoman terveydenhoidon mahdollisuudesta käynnistyi eduskunnassa vuonna 1950, kun sekä sosiaalidemokraatit että SKDL esittivät toivomusaloitteet käyttäjälleen täysin maksuttomista terveyspalveluista ja lääkkeistä. SDP vaati toteutettavaksi Englannin terveyspalvelua vastaavan järjestelmän, jota Ruotsissakin oli sen mukaan suositeltu käyttöönotettavaksi kymmenen vuoden kuluessa.[144] Puolue viittasi Ruotsissa vuonna 1948 julkaistuun – mutta sellaisenaan toteutumatta jääneeseen – suunnitelmaan maksuttomasta, terveyskeskusverkoston pohjalle rakentuvasta terveydenhoidosta.[145] SKDL puolestaan vetosi Neuvostoliiton ohella Tsekkoslovakiaan ja muihin *edistyneimpiin maihin*, joiden perustuslaki tunnusti terveyden perusoikeudeksi. Vaihtoehtoisina ratkaisumalleina SKDL esitti valtion ja työnantajien kustantaman sairausvakuutuksen tai valtion rahoittaman ilmaispalvelujärjestelmän.[146]

Ilmaishoitokysymys nousi esille myös kunnanlääkärilain käsittelyn yhteydessä loppuvuonna 1950. Eduskuntaenemmistö katsoi lääkärimaksujen kohtuullisen tason turvaavan vähävaraisten avunsaannin, mutta SKDL:n edustajat vaativat maksuttoman lääkäriavun sisällyttämistä uuteen lakiin.[147] Talousvaliokunnan varapuheenjohtaja, SDP:n Elli Nurminen korosti valiokunnan päätyneen siihen, että lääkärilain yhteydessä oli vaikeata ”yhtäkkiä siirtyä niin suurisuuntaiseen järjestelmään” etenkään kun valtion taloudellinen tila ei antanut siihen mahdollisuutta. Nurminen totesi, että maksuttomuuskysymykseen ”voidaan sitten myöhemmin palata”.[148]

Vireillä oleviin sairausvakuutussuunnitelmiin vedoten talousvaliokunta halusi hylätä myös vasemmistopuolueiden ilmaishoitoa

144 VP 1950, Liitteet VI, 6, Toiv. al. no 85, 239–240; VP 1951, Liitteet VI, 5, Toiv. al. no 58, 712–713.
145 Johannisson 1994, 179–180; Berg 2009, 230–277.
146 VP 1950, Liitteet VI, 10, Toiv. al. no 89, 244; VP 1951, Liitteet VI, 6, Toiv. al. no 59, 715.
147 VP 1950, A I, Hall. es. no 16, Talousvaliok. miet. no 19, 1, 6–7, Edusk. vastaus, 1; VP 1950, PK III, 2375, 2922.
148 VP 1950, PK III, 2378.

koskevat toivomusaloitteet. Eduskuntakeskustelussa vuonna 1952 vedottiin kuitenkin mm. Kansainvälisen Työjärjestön vuonna 1944 hyväksymään suositukseen terveyspalveluiden saatavuuden turvaamisesta. Niukalla ääntenenemmistöllä (85–82) eduskunta hyväksyikin toivomuksen laista ”kansan terveyspalvelun edistämisestä niin, että jokaiselle kansalaiselle varautuisi mahdollisuus ilmaisten lääkäriavun, lääkkeiden ja sairaalahuollon saantiin”. Hallituksen tehtäväksi annettiin harkita, millä tavoin uudistus olisi Suomen oloissa parhaiten järjestettävissä.[149]

Kun poliittinen rajalinja maksuttoman sairaanhoidon puolesta ja sitä vastaan yleensä kulki vasemmiston ja porvareiden välillä,[150] on merkillepantavaa, että vasemmiston ohella ilmaishoitoa koskevan toivomuksen taakse asettui vuonna 1952 myös kolme kansanpuolueen edustajaa.[151] SKDL, joka seuraavina vuosina kiirehti hankkeen toteutumista, korosti toivomuksen merkinneen pitkää askelta kohti maksutonta terveydenhuoltoa.[152] Yksi hankkeen ei-vasemmistolaisista tukijoista oli kansanpuolueen Esa Kaitila, joka kuitenkin sosiaaliministerinä vuonna 1954 teki selvän irtioton täysin maksuttomia terveyspalveluita vaativasta linjasta:

> Hallituksen käsityksen mukaan on parhaana (…) perustana pidettävä yleistä sairaus- ja äitiysvakuutusjärjestelmää (…) [joka] täydelliseen muotoon kehittyneenä puolestaan takaa jokaiselle kansalaiselle eduskunnan (…) toivoman mahdollisuuden lääkärinavun, lääkkeiden ja sairashuollon saantiin, joskaan ei valtion ja kuntien verovaroista, vaan kansalaisten omavastuisen vakuutuksen pohjalla.[153]

Vuodesta 1954 alkaen ilmaishoitokeskustelu muuttuikin sairausvakuutuksen linjanvetoja koskevaksi debatiksi. Hallitus nimesi päämääräksi

149 VP 1951, AV:2, Toiv. al. miet. no 4, Talousvaliok. miet. no 5; VP 1952, Toiv. al. miet. no 4 (1951 vp), Edusk. toivomus; VP 1952, PK I, 74–81.
150 Noro 1957, 140.
151 VP 1952, PK I, 80.
152 VP 1953, PK I, 728–730; VP 1953, PK IV, 3859.
153 Sosiaaliministeri Esa Kaitalan vastaus 16.2.1954. VP 1953, PK IV, 3860.

koko kansaa koskevan vakuutuksen, mutta tuolloin annettu lakiehdotus rajoittui vain suurten työpaikkojen palkkatyöläisiin. Vakuutus ehdotettiin rahoitettavaksi puoliksi vakuutettujen ja puoliksi työnantajien maksuilla, ja ”tarpeellisen säästäväisyyden saavuttamiseksi” vakuutetun piti suorittaa neljännes avohoidon lääkekuluista sekä osa matkakuluista ja ensimmäisen lääkärikäynnin maksusta. Maalaisliitto ja sosiaalidemokraatit sen sijaan vaativat vakuutuksen ulottamista kaikkiin kansalaisiin, kun taas SKDL halusi rajata suurituloiset etuuden ulkopuolelle. Sosiaalidemokraatit edellyttivät valtion osallistumista kuluihin ja työnantajan maksuosuuden suurentamista, mutta sälyttivät silti vakuutetunkin osalle vakuutusmaksuja. Pisimmälle meni SKDL, joka vaati vakuutuksen rahoittamista kokonaan työnantajien ja valtion varoin. Vakuutetun vastuulle puolue ehdotti ainoastaan osaa matkakuluista. Lääkärinhoidon piti olla ilmainen ja varattomat tuli ehdotuksen mukaan vapauttaa avohoidon lääkekuluistakin kokonaan.[154]

Oman lisänsä sairausvakuutusdebattiin toivat kansainväliset sitoumukset. Suomi ei voinut ratifioida Kansainvälisen työkonferenssin vuonna 1952 hyväksymiä sosiaaliturvan vähimmäistasoa koskevia sopimuksia, sillä ainoastaan perhe-etuudet ylittivät selvästi kansainvälisen vaatimustason, kun taas suurimmat puutteet havaittiin juuri lääkintähuollossa ja sairausturvassa.[155] Vuonna 1956 solmittu Pohjoismainen sosiaaliturvasopimus, joka ei tosin edellyttänyt vastavuoroisuutta etuuksien laadussa, teki näkyväksi Suomen lainsäädännön häpeälliseksi koetun jälkeenjääneisyyden:

> Asiantuntijat kertoivat, että Suomen edustajain oli tosiasiassa neuvottelutilaisuudessa häveliäisyyssyistä oltava suhteellisen vaiteliaita (…) Ei ole erikoisen kunniakasta olla norkoilemassa omille kansalaisilleen osaa toisten edistyksestä, kun emme itse ole päässet samalle tasolle.[156]

154 VP 1954, A I, Hall. es. no 15; VP 1954, Liitteet X, 1, Lak al. no 3; VP 1954, Liitteet X, 26, Lak. al. no 151; Kangas 2006a, 319–311.
155 Jylhä, T., Sosiaaliturvan vähimmäistasoa koskeva kansainvälinen sopimus. SAik 3–4/1953, 77–88; Esim. VP 1956, Liitteet X, 11, Toiv. al. no 258, 613.
156 VP 1956, Hall. es. no 22, Ulkoasianvaliok. miet. no 14; VP 1956, PK I, 885.

Sairausvakuutuslainsäädännössä yhtenä esikuvana oli Ruotsi, jonka vuonna 1955 voimaan astunut uusi sairausvakuutuslaki ulottui koko väestöön ja korvasi 3/4 lääkärikuluista sekä ansioidenmukaisen sairauspäivärahan. Norjassakin pakollinen sairausvakuutus, joka astui voimaan vuonna 1911, laajeni koko kansaa koskevaksi vuonna 1956. Tanskassa vapaaehtoisena toteutettu, valtion tukema sairauskassajärjestelmä tavoitti puolestaan jo 1930-luvulla liki 90 prosenttia työvoimasta.[157]



Kuva 15. Sairausvakuutus nousi poliittisten kamppailuiden kohteeksi 1950–1960-luvuilla. "Sairausvakuutuslaki työnantajain ja valtion kustannuksella" vaadittiin Haminassa vuonna 1961 järjestetetyn vappumarssin iskulauseessa (Kansan Arkisto).

157 Ruotsin sairausvakuutusuudistus. SAik 3–5/1954, 134; Harlem, Gudmund, Norjan sairausvakuutus ja lääkärit. SAik 7–8/1957, 245–252; Niemelä 1994, 147; Kangas 2006b, 193–198; Laerum & Hjortdahl 1996, 356; Edebalk & Olofsson 1999, 281–297; Kangas 2006a, 335.

Sairausvakuutuksen viipyessä sairausturvaa paikattiin Suomessa vuonna 1959 sisällyttämällä kansaneläkelakiin sairauseläke, jota maksettiin pitkäaikaisesti mutta ei pysyvästi työkyvyttömille.[158] Pekka Kuusi osallistui *60-luvun sosiaalipolitiikka*-teoksessa näkyvästi sairasvakuutuskeskusteluun kritisoimalla vuonna 1959 julkaistua komiteaehdotusta, jossa sairausvakuutus ulotettiin aluksi vain palkkatyöläisiin ja vasta viiden vuoden kuluttua koko väestöön. Kuusen mukaan tämä lähtökohta oli juuri kipeimmin hoitoa tarvitsevan väestöryhmän eli maalaisväestön terveydenhoidollisia kansalaisoikeuksia syrjivä:

> Kuopiontakaisilta, kunnanlääkärittömiltä seuduilta keskussairaalaan saapuva mies joutuisi tällöin toteamaan, miten maalaismieheltä perittäisiin hoitomaksuna 600 markkaa päivässä, kun kaupunkilaiskaveri naapuripetillä kellisi täysin ilmaiseksi.[159]

Kuusi korosti, ettei työmarkkinajärjestöjen piiriin kuuluvaa väestönosaa voitu asettaa muita etuoikeutetumpaan asemaan.[160] Samalla hän otti kantaa kysymykseen sairausvakuutuksen omavastuuosuuksista. Periaatteessa terveysmenojen täyskompensaatio oli hänen mukaansa tavoiteltava ratkaisu:

> Jos kerran tavoittelemme lääkintäpalveluksien jakautumista terveydenhoidon tarpeen mukaan, johdonmukainen seuraus tästä on, että tarpeellisen hoidon aiheuttamat taloudelliset menetykset otetaan myös kokonaisuudessaan tasattaviksi. Periaatteessa terveydenhuollon alalla olisi siis noudatettava menetysten täyttä korvaamista.[161]

Käytännössä Kuusi suhtautui ilmaisperiaatteeseen varauksellisesti: omavastuut estivät väärinkäytöksiä ja tuhlailua eikä täyskompensaatiota ollut kaikkien hoitomuotojen osalta rajoittamattomana toteutettu

158 Ponteva 1960, 117–119; Laki kansaneläkelain väliaikaisesta muuttamisesta 30.12.1959 no 540.
159 Kuusi 1961, 290.
160 Kuusi 1961, 290.
161 Kuusi 1961, 276.

missään maassa.[162] Sitä paitsi lääkäri- ja sairaalapaikkapulan takia potilasmaksujen täydellinen poistaminen oli hänen mukaansa Suomessa ”ennenaikaista”. Siksi olikin edettävä asteittain keventämällä vähitellen kunnanlääkärien potilasmaksuja ja jäädyttämällä sairaaloiden potilasmaksut senhetkiselle tasolle. Kuusi itse asiassa ehdottikin tutkimusta siitä, oliko varsinaisten hoitokustannusten korvaus yksinkertaisinta ja joustavinta toteuttaa vakuutusjärjestelmään turvautumatta, kasvattamalla kunnan ja valtion rahoitusosuutta.[163]

Apteekkimenojen tasausta Kuusi piti kiireellisenä, sillä lääkäripulaisessa maassa apteekkilaitos otti vastaan hoitamattomien sairauksien paineen. Yhteiskunnan tuen suuruuden tuli olla riippuvainen lääkkeiden välttämättömyydestä: sokeri- ja sydäntautisille hän ehdotti lääkekulujen täydellistä korvaamista, mutta lääkärin määräämistä tilapäislääkekuluista yhteiskunnan tuli kantaa puolet.[164] Hän ehdotti, että lääkemenojen tasaus käynnistettäisiin sairausvakuutuksen kautta jo vuonna 1963, mutta ansiomenetysten korvaaminen vuonna 1966 ja lääkäripalkkioiden korvaaminen vasta lääkäripulan helpotettua vuonna 1967.[165] Visiona oli, että 1970-luvulle tultaessa enää runsas kolmannes sairastamismenetyksistä oli sairaitten omilla harteilla.[166]

Vuonna 1963 hyväksytty sairausvakuutuslaki noudatti pitkälti Kuusen kaavailemaa mallia. Laki astui voimaan kahdessa erässä siten, että lääke- ja matkakulukorvauksia sekä päivärahoja alettiin maksaa vuonna 1964, mutta lääkärinpalkkioiden korvauksia vasta vuonna 1967. Sairausvakuutus rahoitettiin osin valtion maksuosuudella ja osin vakuutetuilta ja työnantajilta perittävillä veronluonteisilla maksuilla.[167] Jokainen maassa asuva kuului vakuutuksen piiriin, ja terveyspalveluiden kulukorvauksen suuruus määriteltiin tiettyjen korvausprosenttien ja omavastuuosuuksien perusteella seuraavasti:

162 Kuusi 1961, 276–277.
163 Kuusi 1961, 292.
164 Kuusi 1961, 271–272, 291.
165 Kuusi 1961, 291–293.
166 Kuusi 1961, 293.
167 Mattila 2011, 120–123.

- Lääkärinpalkkiot: 60 % taksan mukaisesta hinnasta

- Laboratorio- ja röntgentutkimukset: 75 % taksan mukaisesta hinnasta 6 markkaa ylittävältä osalta

- Lääkärin määräämät lääkkeet: puolet 4 markkaa ylittävältä osalta kutakin ostokertaa kohti; vaikeaa ja pitkäaikaista sairautta varten tarvittavat välttämättömät lääkkeet kokonaan

- Matkakulut: ensimmäinen vastaanottokäynti tai muu ilman lääkärin määräystä tapahtunut vastaanottokäynti tai lääkärin ensimmäinen kotikäynti kokonaan siltä osin kuin se yhdensuuntaista matkaa kohti ylittää 5 markkaa. Hoidon jatkuessa tapahtuneet käynnit sekä sairaala- ja laboratoriomatkat: kokonaan siltä osin kuin ne yhdensuuntaista matkaa kohden ylittävät 2 markkaa 50 penniä.[168]

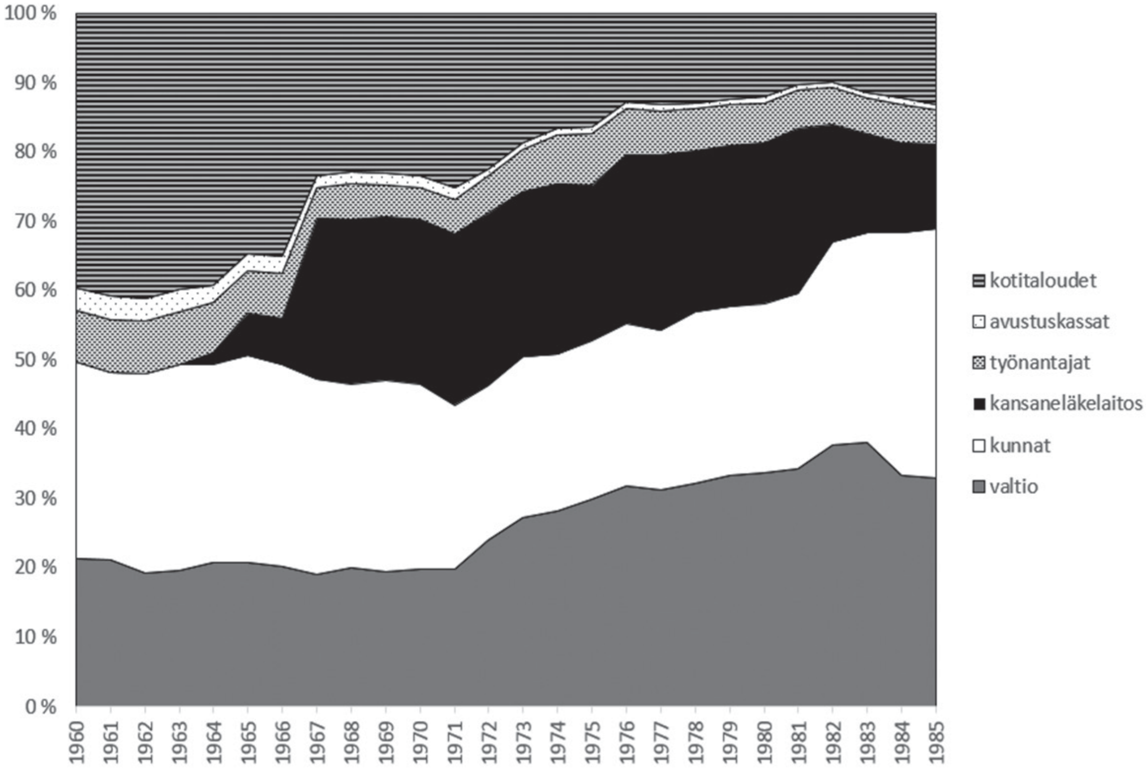


Kuva 16. Helsinkiläisen vasta-avatun sairausvakuutustoimiston ruuhkaa syyskuussa 1964 (Kuv. Yrjö Lintunen, Kansan Arkisto).

168 Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364, § 5–13.

Sairausvakuutuslain myötä jokaiselle vakuutetulle myönnettiin sosiaaliturvatunnuksen sisältävä sairausvakuutuskortti, joka tuli esittää etuutta haettaessa. Uudistuksen merkitys konkretisoitui paikallistasolla uusissa sairausvakuutustoimistoissa, joissa korvauksia maksettiin käteisenä rahana. Vasta-avattujen toimistojen ruuhkat osoittivat, ettei sairausvakuutukseen liittynyt häpeää tai stigmaa, vaan se koettiin kaikille kuuluvana oikeutena.[169] Viiden vuoden voimassaolon jälkeen jo yli puolet väestöstä oli saanut sairausvakuutuskorvauksia.[170] Unto Häkkisen kokoama kuvio 19 osoittaakin, että Kansaneläkelaitoksen maksamat sairausvakuutuskorvaukset pienensivät merkittävästi kotitalouksien maksuosuutta avohoidon menoista. Vuonna 1969 säädetty suorakorvauskäytäntö, jossa Kansaneläkelaitos tilitti lääkekorvaukset suoraan apteekeille ja potilaat maksoivat vain omavastuuosuutensa, helpotti osaltaan vähävaraisten tilannetta.[171] Kokonaan korvattavia lääkkeitä myönnettiin vuonna 1963 yhteensä 27:ään eri pitkäaikaissairauteen – mm. diabetekseen, nivelreumaan, epilepsiaan, eräisiin syöpiin sekä yli vuoden kestäneisiin mielisairauksiin kuten skitsofreniaan – ja vuonna 1972 lista kattoi jo 47 tautia.[172]

169 Häggman 1997, 149–150, 154–155; Mikkola 1970, 83.
170 Mattila 2006, 63–67.
171 Mattila 2006, 122.
172 Sairausvakuutusasetus 1.11.1963 no 473 § 3; Nyman 1982, 104.



Kuvio 19. Avohoitomenojen rahoitusosuudet (%) 1960–1985[173]

Kustannussyistä sairausvakuutukseen tehtiin merkittäviä rajauksia. Ensinnäkään sairausvakuutus ei kattanut hammashoitoa eikä apuvälineitä.[174] Lisäksi – Maalaisliiton, SKDL:n sekä Työväen ja pienviljelijäin sosiaalidemokraattisen liiton vastustuksesta huolimatta – sairaalamaksut rajattiin kokonaan vakuutuksen ulkopuolelle. Avohoitopainotteisuuden ohella rajausta perusteltiin sillä, ettei sairaalassa sairastamista haluttu tehdä kotona potemista edullisemmaksi.[175] Unto Häkkisen keräämät tilastot osoittavat, että julkinen vastuu sairaalahoidosta laajeni joka tapauksessa kustannusten subventoinnin kautta. Kotitalouksien ja tarveharkintaisen huoltoavun osuus sairaalahoidon rahoituksesta laski 1960-luvulta lähtien seuraavasti:[176]

173 Häkkinen 1988, 77, 169. Menoihin ei ole laskettu mukaan hammashuoltoa eikä niissä ole huomioitu verovähennyksiä, yksityisiä vakuutuksia eikä huoltoavun osuutta.
174 Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364, § 5. Hammashoito sisällytettiin korvattavuuden piiriin vuonna 1986, mutta se laajennettiin koko väestöä koskevaksi vasta vuonna 2002. Mattila 2011, 114, 180–183, 206; Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2000, 122.
175 Niemelä 1994, 149–151; Mattila 2011, 120–125, alaviite 341 ja 345.
176 Häkkinen 1988, 165.

	kotitaloudet	huoltoapu
1960	17.3	7.3
1965	12.6	3.0
1970	8.3	2.8
1975	6.5	0.8
1980	7.5	0.9
1985	8.6	0.2

Sairausvakuutuksen rinnalla säilyi verotuksen sairauskuluvähennys, josta oli mahdollista saada hyvitystä vakuutuksen ulkopuolelle rajatuista kuluista, kuten hammaslääkärinpalkkioista, sairaaloiden hoitopäivämaksuista ja ilman reseptiä ostetuista lääkkeistä. Kun sairauskulujen, verovähennysten ja sairausvakuutuskorvausten yhteisvaikutusta selvitettiin komiteatyönä vuonna 1968, havaittiin ensinnäkin, että sairausmenot – erityisesti hammashoitomenot – kasvoivat tulojen myötä (taulukko 31). Sairausvakuutus korvasi alimpien tuloluokkien sairauskuluista noin neljänneksen, mutta ylimmissä tuloluokissa vain alle 15 prosenttia. Sen sijaan verovähennysoikeuden todettiin kohdistuvan nimenomaan suurituloisiin. Komitea pitikin sairauskulujen verovähennysoikeuden poistamista ja sairausvakuutuskorvauksen piirin laajentamista suotavana kehityssuuntana.[177]

177 KM 1972:B 97, 55–66.

Taulukko 31. Sairauskulut, sairausvakuutusmaksut ja -korvaukset sekä verovähennykset eri tulotasoilla vuonna 1968, mk/kk[178]

	kuukausitulot, mk/kk				
sairausmenot mk/kk	**alle 200**	**376–750**	**1101–1500**	**2001–2500**	**yli 3501**
lääkekulut	16	16	16	18	23
lääkärinpalkkiot	4	5	7	8	14
matkakulut	4	3	2	2	1
hammashoito	3	5	11	20	36
sairaalamaksut	2	3	2	3	8
muut kulut	3	3	4	5	8
sairausmenot yhteensä	32	35	42	56	90
sairausvakuutus-maksu, 1,25 % tulosta	1	6	15	27	50
menot yhteensä	**33**	**41**	**57**	**83**	**140**
kustannustasaus					
sairausvakuutus-korvaukset	8	9	9	11	13
verovähennysetu sairauden perusteella	-	5	10	17	25
kustannustasaus yhteensä	**8**	**14**	**19**	**28**	**38**
nettomenot	**25**	**27**	**38**	**55**	**102**

Valiokuntakäsittelyssä sairausvakuutuslakiin lisättiin säännös, jonka mukaan äitiysrahan loppuosan maksamisen edellytyksenä oli lääkärintodistus jälkitarkastuksessa käynnistä synnytyksen jälkeen.[179] Muutoin sairausvakuutuslaki ei asettanut kansalaisille erityisiä kannusteita saati velvoitteita terveyspalveluiden käyttöön. Pekka Kuusi katsoi, että terveyspalveluiden käyttö oli ihmisen luonnollinen pyrkimys eikä erityisiä äitiysavustuksen kaltaisia ”hoitoonhakeutumiskiihokkeita” tarvittu.[180] Vastavuoroisuuden periaatteen pohjalta hän oli kuitenkin valmis sitomaan sairausvakuutuskorvaukset pakollisiin terveystarkastuksiin:

178 KM 1972:B 97, 56, 61.
179 Niemelä 2014, 104; Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364, § 30.
180 Kuusi 1961, 262, 276.

> Terveystarkastuksia järjestettäessä olisi alun perin lähdettävä siitä, että tarkastukset ovat pakollisia jokaiselle, joka tahtoo yhteiskunnan tarjoamia lääkintäpalveluksia käyttää. Kun yhteiskunta asettuu voimakkaasti tukemaan kansalaisen terveydenhoidollisia pyrkimyksiä, yhteiskunnalla on oikeus edellyttää, että kansalainen puolestaan määräaikaisiin tarkastuksiin osallistumalla antaa kohdaltaan yhteiskunnalle ne tiedot, joiden varassa tehokas terveydenhuolto voidaan järjestää. Lähivuosina omaksuttava sairausvakuutus tarjoaa tällöin terveystarkastuksille lujan pohjan. Jos sairastamismenetykset korvataan lakimääräisinä vain niille, jotka ovat tarkastuksiin osallistuneet, väestön hakeutuminen tarkastuksiin on tällä taattu.[181]

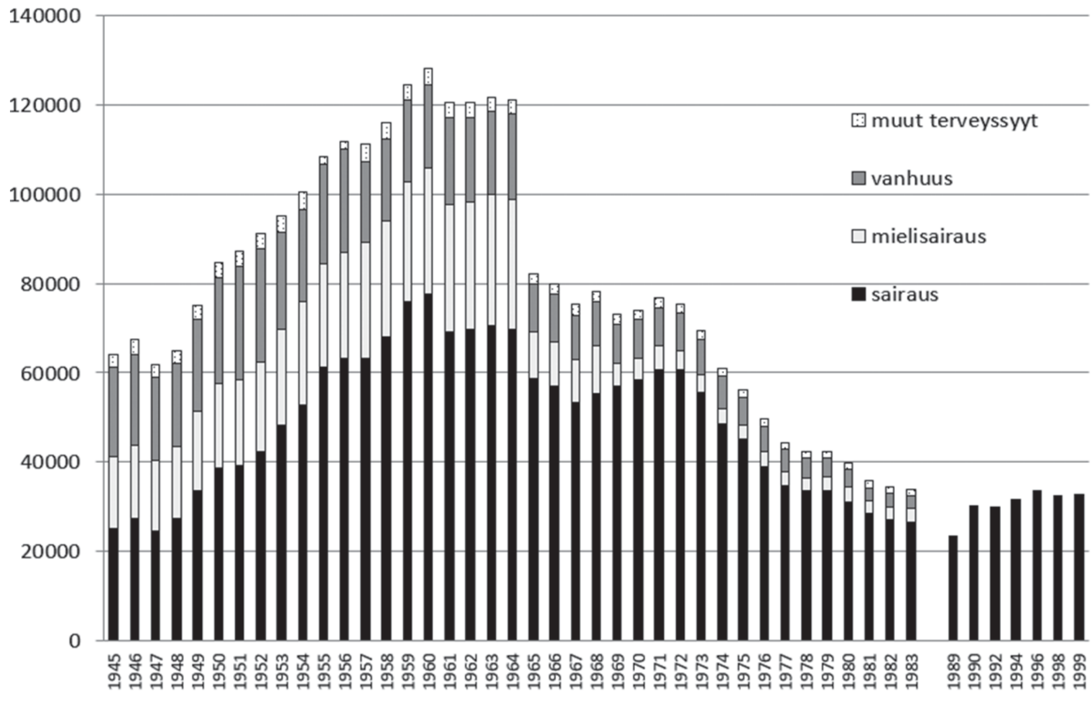
Myös Osmo Kaipainen esitti 1960-luvun lopulla ajatuksen siitä, että ne, jotka hyödynsivät yhteiskunnan tarjoamia säännöllisiä terveystarkastuksia, voitiin palkita maksamalla heille korkeampaa sairauspäivärahaa. Hän kuitenkin totesi, että ”terveysvalintaa” palkitsevilla järjestelmillä oli ”taipumus suosia rationaalisesti toimivia kansalaisia ja sortaa niitä, jotka eivät tällaiseen toimintaan pysty”.[182] Yksilön velvollisuutta ja valistumattoman yleisön pakottamista palveluiden käyttöön korostava näkemys – joka omaksuttiin 1940-luvulla itsestäänselvyytenä – ei saanut jalansijaa 1960-luvun yksilön autonomiaa ja tasa-arvoa korostavassa yhteiskunnallisessa ilmapiirissä.

Maksuttomat lääkäripalvelut koko väestölle 1981

Sairausvakuutuksen vaikutusta selvittävät tutkimukset osoittivat, että palveluiden käyttöerot kaventuivat ja alimpien tuloluokkien palveluiden käyttö lisääntyi, mutta silti palveluiden saatavuus riippui edelleen asuinpaikasta, varallisuudesta ja sosiaalisesta luokasta. Loppupäätelmä olikin, ettei yksinomaan vakuutuksen keinoin kyetty poistamaan kaikkia palvelujen kalleudesta johtuvia käyttöeroja.[183]

181 Kuusi 1961, 284.
182 Kaipainen 1969, 44.
183 Purola et al. 1971; Purola, Kalimo & Nyman 1974; Mattila 2011, 126–127.

Myös huoltoavun tarve väheni odotettua vähemmän, ja sairaus säilyi suurimpana syynä huoltoavun myöntämiseen.[184] Sairausvakuutuksen välitöntä vaikutusta huoltoavun saajien määrään on kuitenkin vaikea arvioida yksityiskohtaisesti, sillä vuonna 1965 kunnalliskoti- ja mielisairaalahoidokit jätettiin avuntarpeen syitä tarkastelleesta tilastosta pois ja lukuun sisällytettiin ainoastaan kotiavustusta ja sairaalahoitoa saaneet.[185] Virallinen tilasto kuvastaa siten vuodesta 1965 alkaen ainoastaan pysyvän laitoshoidon ulkopuoleisen tarveharkintaisen avun tarvetta, joten se antaa huoltoavun piiriin kuuluneiden määrän kehityksestä huomattavasti käytäntöä suotuisamman kuvan (kuvio 20).[186]



Kuvio 20. Köyhäinapua, huoltoapua tai toimeentulotukea terveyssyiden takia saaneiden kotitalouksien lukumäärät 1945–1999[187]

184 Suihko 1964, 130–131, 136; Tiainen 1967, 484–491.
185 SVT XXI B:9 1965, 19–20.
186 Jos vuonna 1965 terveydellisistä syistä avustettujen lukuun yhdistetään tilastossa toisaalla ilmoitettu mielisairaaloissa (n. 14 000) ja kunnalliskodeissa (n. 29 000) avustettujen määrä, päädytään edellisvuoden tasolle. Kokonaiskuvaa huollontarpeesta hämärtää kuitenkin se, että kunnalliskotitilastoihin sisällytettiin myös ns. itsemaksavat eli ne, joiden kansaneläke riitti korvaamaan hoitopäivämaksun. Itsemaksavia oli vuonna 1965 noin 10 000. SVT XXI B:9 1965, 8– 9, 13, 19–20.
187 Kategoriaan "muut terveyssyyt" on laskettu mukaan invaliditeetti ja perheen sairaus. Tilastoperusteiden muutoksen takia luvut vuodesta 1965 alkaen eivät ole

Keskustelu maksuttomista terveyspalveluista käynnistyi uudelleen 1960-luvun jälkipuoliskolla. Osmo Kaipainen kysyi provosoivasti, ”onko terveys kauppatavara vai oikeus” ja arvosteli sairausvakuutusta myöhäsyntyiseksi ja jopa kokonaan tarpeettomaksi välivaiheeksi:

> sairaanhoitokustannusten korvaajana se [sairausvakuutus] säädettiin 50 vuotta liian myöhään – ja oikeastaan tarpeettomasti. Olisi ollut parempi siirtyä suoraan palvelusten alihintaiseen tarjontaan. Vasta se olisi tasoittanut riittävästi hoitokustannuksia ja samalla tehnyt avosairaanhoidon kilpailukykyiseksi sairaalahoidon rinnalla.[188]

Kaipaisen mukaan ainoastaan ilmaispalveluiden avulla voitiin saavuttaa terveyden tasa-arvo:

> On ilmeistä, että kaikkien palvelusten tarjoaminen maksuttomina on ainoa tie, jos halutaan taata kaikille kansalaisille tasavertaiset mahdollisuudet parhaaseen saavutettavissa olevaan terveyteen. Tämä on nimittäin paras tie saada ihmiset käyttämään riittävästi näitä palveluksia hyväkseen.[189]

Kaipaisen tavoin myös sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Kari Puro korosti *Ilmaiseksi!*-nimisessä pamflettikirjassa vuonna 1973, että ilmaispalvelut olivat keino huono-osaisuuden kasautumisen murtamiseen:

> Köyhyys ja sairaus käyvät käsi kädessä. (…) Sairausvakuutus pystyy useimmissa tapauksissa estämään sairauden kohtaaman ihmisen putoamasta omasta sosiaaliluokastaan, mutta ketään se ei pysty nostamaan.[190]

---

vertailukelpoisia aiempiin. Tiedot vuosilta 1984–1988, 1991, 1993, 1995 ja 1997 puuttuvat. Vuosina 1989–1999 luku on laskettu suhteuttamalla marraskuussa terveyssyiden takia avustettujen kotitalouksien prosenttiosuus koko vuonna avustettujen kokonaismäärään, joten luku on suuntaa-antava. STV 1946–1986; Toimeentulotuki 1985–1990 1992; Gissler & Mattila 2000.

188 Kaipainen 1969, 3, 27.
189 Kaipainen 1969, 45–46.
190 Kaipainen 1969, 29.

> (…) pitkä-aikainen sairaus merkitsee usein työkyvyttömyyttä ja tulojen vähenemistä. Kun ei ole tarpeeksi rahaa, on vaikeata hankkia nopeasti hyvää hoitoa sairauden parantamiseksi. Sairaus pahenee ja köyhyys lisääntyy (…) Köyhä ja vähän koulutusta saanut ei pysty ostamaan eikä osaa myöskään hakea ehkäiseviä terveyspalveluja (…) Hyvinvoinnin eroja tasoittava sosiaalipolitiikka onnistuu vain, jos yhteiskunta määrätietoisesti pyrkii puuttumaan huono-osaisuuden noidankehään (…) Erityisen merkityksellistä ilmaispalvelujen toteuttaminen on luonnollisesti huono-osaisten palvelustenkäytön kiihdyttämiseksi.[191]

Kaipainen nosti esikuvaksi Englannin maksuttoman terveyspalvelun. Väliaikaisratkaisuna hän ehdotti avohoidon palveluiden hinnan subventointia sairaalahoidon tapaan. Hän vetosi Ruotsissa tuolloin suunnitteilla olleeseen ja vuonna 1970 toteutuneeseen ns. sjukronor-reformiin, jossa avopalveluille määriteltiin seitsemän kruunun tasahinta hoidon määrästä ja laadusta riippumatta.[192] Kun keskeisenä kansanterveysongelmana oli terveyspalveluiden liian vähäinen käyttö, oli Kaipaisen mukaan käsittämätöntä, että ilmaishoitoa vastustettiin palveluiden tarpeettoman liikakäytön vaaran takia. Hän korosti neuvoloiden ja tuberkuloosihoidon esimerkin osoittavan, ettei ilmaisuus vähentänyt hoidon arvostusta – vaan pikemminkin loi luottamusta ja hyväksyntää: ”Uskon jokaisen kansalaisen tällöin tuntevan järjestelmän paremmin omakseen, samaan tapaan kuin kansakoulu nykyisin tunnetaan, ja ilmeisesti peruskoulu tulevaisuudessa”.[193]

Merkittävä askel kohti ilmaispalveluita otettiin, kun terveyskeskusten tarjoamien palveluiden maksuttomuus kirjattiin kansanterveyslakiin vuonna 1972. Maksuttomuuden periaate sisällytettiin lakiin vasta aivan prosessin loppuvaiheessa, vuonna 1971 laaditussa lakiesityksessä.[194] Esimerkiksi kansanterveyskomitea oli vuonna 1965 ehdottanut vain terveysneuvonnan, hammassairauksien vastustami-

191 Puro 1973, 50–52.
192 Kaipainen 1969, 46–52; Schöldström 1999, 5656–5658.
193 Kaipainen 1969, 50–51.
194 Kaipainen 1975, 88; Kansanterveyslaki 28.1.1972 no 66, § 21; VP 1971, Hall. es. no 98, 5–6.

sen ja kouluterveydenhoidon maksuttomuutta,[195] ja kansanterveystoimikunta (1969) puolsi lisäksi kymmenen vuoden siirtymäajassa toteutettavaa alle 17-vuotiaitten ilmaista hammashoitoa. Muutoin toimikunta ehdotti maksujen pitämistä "suurin piirtein ennallaan", joskin korosti, että niiden piti olla yhdenmukaiset koko maassa.[196]

SDP:n roolia on pidetty kansanterveyslain lopullisessa muotoutumisessa ratkaisevana, sillä puolue asetti ilmaisperiaatteen hallitukseen menon ehdoksi.[197] Maksuttomuutta perusteltiin lakiesityksessä terveyspoliittisesti toimivana ja palvelusten kysyntää ohjaavana ratkaisuna:

> Kunnallisten yleislääkäreiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä perityt palkkiot ovat olleet korkeita erikoislääkärijohtoisten sairaaloiden poliklinikoilla perittäviin maksuihin verrattuina (...) Maksupolitiikan avulla ei ole voitu ohjata palvelusten kysyntää terveyspoliittisesti tarkoituksenmukaisella tavalla ensisijaisesti yleislääkäripalveluksiin. Hoitoon hakeutumisen nopeuttamiseksi nämä maksut esitetään poistettaviksi. Maksujen hoitoon hakeutumista hidastava vaikutus on ollut erityisen suuri vähävaraisten potilaiden osalta.[198]

> Maksuttomuutta on sosiaalipoliittiselta ja terveyspoliittiselta kannalta pidettävä oikeana, sillä taloudelliset seikat eivät saisi vaikuttaa terveyspalvelusten käyttöä rajoittavasti. (...) sairastavuus ja köyhyys liittyvät yhteen sekä alueellisesti että väestöryhmittäin. Pieniin tuloihin liittyy yleensä korkea sairastavuus, mutta keskimäärää vähäisempi palvelusten käyttö. (…) varojen puute näyttää rajoittavan palvelusten käyttöä nimenomaan silloin, kun sairaus alkaa pitkittyä.[199]

195 KM 1965:B 72, 46. Yrjö Mattila (2011, 140) on tulkinnut, että komitea ehdotti kunnanlääkäreiden palkkioperustaisesta järjestelmästä luopumista, jolloin koko heidän toimeentulonsa olisi ollut palkan varassa. Tulkintaa ei voida pitää oikeaan osuneena, sillä mietinnön mukaan kunnanlääkärillä tulisi "olla oikeus, kuten tähänkin saakka, periä asianomaiselta terveysneuvonnan ja kouluterveydenhoidon ulkopuolella suorittamastaan tutkimuksesta sekä antamastaan lääkärinhoidosta ja todistuksesta kohtuullisen taksan mukainen palkkio". Tämä periaate kirjattiin myös komitean tekemään lakiesitykseen (§ 31). KM 1965:B 72, 46, 96.

196 KM 1969:A 3, 17, 43–44, 59.

197 Korhonen 1973, 57–62; Suonoja 1992, 497, 525–526

198 VP 1971, A I, Hall. es. no 98, 5.

199 VP 1971, A I, Hall. es. no 98, liite 1, Sosiaalivaliok. lausunto no 3 talousvaliokunnalle 20.10.1971, 24–25.

Yrjö Mattila on korostanut, että kaikki puolueet ilmoittivat kannattavansa kansanterveyslakia.[200] Kysymys maksuttomuudesta ja maksuttomuuteen siirtymisen aikataulusta jakoi kuitenkin poliittisia puolueita eri leireihin, ja myös Suomen Lääkäriliitto suhtautui uudistukseen varauksellisesti.[201] Raimo M. Jämsén on analysoinut kattavasti eduskuntakeskustelussa esitettyjä ilmaishoitoa puolustavia ja vastustavia argumentteja. Maksujen poistamista vaativat vetosivat siihen, että terveys oli itseisarvo sekä kansalaisten perusoikeus ja että terveyspalvelut olivat hyvinvointivaltioon itsestäänselvyytenä kuuluva välttämättömyyshyödyke. Terveyden tasa-arvon ohella kannanotoissa vedottiin myös siihen, että maksujen poistaminen vähensi byrokratiaa ja laski hallintokuluja. Maksuja puoltavat sen sijaan vetosivat resurssien niukkuuteen, julkisten menojen hallitsemattomaan kasvuun ja palveluiden tarpeettoman käytön lisääntymiseen.[202] Esimerkiksi sairaalamaksujen osalta ”liian” alhaisten hintojen tiedettiin aiheuttaneen ongelmia: 1960-luvun puolivälissä sosiaaliviranomaiset valittivat, että mielisairaaloiden alhaisten hoitopäivämaksujen myötä osa potilaista hakeutui laitokseen yksinomaan taloudellisten intressien tähden. Kun hoitomaksu vei vain osan kansaneläkkeestä ja elämä sairaalan ulkopuolella tuli kalliimmaksi, sairaalahoidosta koitui potilaille itse asiassa säästöjä. [203] Maksuja vastustavien lisähuolena oli, että maksuttomuus veisi yksilöltä kiinnostuksen omasta terveydestään huolehtimiseen ja vähentäisi palveluiden arvostusta.[204]

Vuonna 1972 hyväksytyssä kansanterveyslaissa terveyskeskuspalveluiden maksuttomuus kirjattiin peruslähtökohdaksi ja maksujen periminen määriteltiin mahdolliseksi vain sairaankuljetuksen, hoitoon käytettyjen aineiden, apuvälineiden ja potilaan ylläpidon osalta.[205] Vaikka haastattelututkimusten pohjalta juuri hammaslääkäripalvelusten hintojen alentamista pidettiin ensisijaisen tärkeänä, kustannussyistä

200 Mattila 2011, 150.
201 Esim. VP 1971, A I, Hall. es. no 98, Talousvaliok. miet. no 11, 16–18; VP 1971, A I, Hall. es. no 98, liite 1, Sosiaalivaliok. lausunto no 3 talousvaliokunnalle 20.10.1971, 25, Valtiovarainvaliok. lausunto no 4; Suonoja 1992, 526–528.
202 Jämsén 1982, 1–67; Jämsén 1981.
203 Viukari 1964, 460–465.
204 Jämsén 1981, 11–12; Jämsén 1982, 6.
205 Kansanterveyslaki 28.1.1972 no 66, § 21.

ja hammaslääkäripulan takia maksuttoman hammashoidon osalta tehtiin merkittävä rajaus kohdistamalla se vain alle 17-vuotiaisiin.[206]

Kansanterveyslaki asetti terveyskeskuksen sairaanhoitopalveluiden maksuttomuudelle varsin pitkän määräajan, sillä se tuli toteuttaa vuoden 1979 loppuun mennessä.[207] Lakikäsittelyn yhteydessä eduskunta tosin hyväksyi ponnen ilmaishoitoon siirtymisen nopeuttamisesta kolmella vuodella, mutta toteutusta lykättiin lopulta vuoden 1981 alkuun.[208] Vuonna 1979 selvä eduskuntaenemmistö tuki siirtymäajan jatkamista vuoden 1980 lopulle,[209] vaikka samanaikaisesti 1.1.1979 voimaan astunut työterveyshuoltolaki (s. 301) vakiinnutti palkkatyösuhteessa oleville ilmaisen perusterveydenhuollon. Terveyskeskusmaksujen jatkamista vastustanut sosiaalidemokraattien Kaarina Suonio kysyikin: "Tämän jälkeen terveyskeskusmaksujen piirissä ovat pääasiassa lapset (…) ja eläkeläiset (…) Heidänkö yksin tulee maksaa terveytensä ja sairauksiensa hoitamisesta?".[210]

Ilmaishoidon toteutuminen vuonna 1981 ei ollut lainkaan itsestään selvää, sillä lokakuussa 1980 hallitus esitti terveyskeskuksen käyntimaksun säätämistä pysyväksi "terveydenhuollon maksupolitiikan tasapainottamiseksi".[211] Talousvaliokunnan vasemmistovähemmistö esitti vastalauseensa[212] ja eduskuntakäsittelyssä todettiin, että asia oli saanut laajat kansalaispiirit liikkeelle. Esimerkiksi sosialistisen terveysrintaman todettiin jättäneen yli 12 000 hengen allekirjoittaman adressin maksuja vastaan.[213] Vaikka huolena oli koko kansanterveyslain vesittyminen, eduskuntaenemmistö (97–87) tuki terveyskeskusmaksujen asettamista pysyväksi.[214] Äänin 89–85 lakimuutos kuitenkin jätettiin lepäämään vaalien yli ja se jäi toteutumatta.[215]

206 Kalimo, Klaukka & Vohlonen 1982, 409–410, 418–420; VP 1971, A I, Hall. es. no 98, 4–5, 6; Laki kansanterveyslain voimaanpanosta 28.1.1972 no 67, § 3.
207 Laki kansanterveyslain voimaanpanosta 28.1.1972 no 67, § 3.
208 Suonoja 1992, 528; Mattila 2011, 150; Nyström 2010a, 186.
209 VP 1979 A II, Hall. es. no 144; VP 1979, PK III, 2265, 2293–2297.
210 VP 1979, PK II, 1539.
211 VP 1980, A III, Hall. es. no 143.
212 VP 1980, C I, TaVM no 11, 2. Valtiopäiväasiakirjoja koskevissa alaviitteissä käytetään 1980-luvulta lähtien aiemmasta poikkeavia, asiakirjoissa tuolloin käyttöön otettuja merkintätapoja ja lyhenteitä.
213 VP 1980, PK III, 2713.
214 VP 1980, PK III, 2714, 2763–2765, 2820–2828; Jämsén 1981, 21–22, 51–63.
215 VP 1980, PK III, 2856–2857.

Vuosina 1972–1980 terveyskeskuksissa perittyjä taksoja kuvattiin ”lähinnä nimellisinä pidettäviksi korvauksiksi”.[216] Lääkäritaksa määriteltiin selvästi sairaalan poliklinikkahoitoa ja yleissairaalahoitoa edullisemmaksi (taulukko 32). Terveyskeskuslääkärit itse kantoivat huolta arvostuksensa laskusta – etenkin kun terveyskeskustaksan pohjalta yleistyi nimitys ”kolmen markan lääkärit”.[217]

Taulukko 32. Julkisten terveyspalveluiden potilasmaksut vuonna 1972, mk[218]

	potilasmaksu (mk)		
lääkärin vastaanotto terveyskeskuksessa	3		
lääkärin kotikäynti	12		
röntgen, laboratorio, fysikaalinen hoito	3		
sairaankuljetus	2.50		
hammashoito yli 17-vuotiaalta	10 (+ paikkaus 15 + röntgen 5-20)		
sairaalan poliklinikka	8 (+ röntgen 5 + laboratorio 2)		
terveyskeskuksen vuodeosasto	8		
	1 hh	2 hh	3 hh-
keskussairaalat ja valtion yleissairaalat	47	28	10
aluesairaalat	37	22	9
paikallissairaalat	33	20	8
reumasairaalahoito	6	3	1.50
mielisairaalat (A ja B)	6		
kaatumatautisten sairaalahoito	14		
tuberkuloosin, spitaalin, hengityshalvauksen, sukupuolitaudin tai vaarallisen tartuntataudin hoito	0		

216 Nyman 1982, 105.
217 Jämsén 1981, 58; Nyström 2010a, 190.
218 Vauhkonen & Bäckman 1973, 186–187; Asetus terveyskeskuksessa perittävistä maksuista ja korvauksista 10.3.1972 no 206; Asetus eräistä sairaanhoitolaitosten maksuista, korvauksista ja palkkioista annetun asetuksen muuttamisesta 4.7.1970 no 487; Sisäasiainministeriön päätös mielisairaanhoitolaitosten päivämaksuista 21.3.1968 no 183.

Terveyskeskuspalveluiden maksuttomuuden myötä vuonna 1981 terveyskeskuslääkärien asiakasmäärien laskettiin lisääntyneen noin 10 prosentilla, pääasiassa lapsipotilaiden määrän kasvun takia. Kun kokemuksia maksuttomuuden vaikutuksista kyseltiin terveyskeskuksista vajaan vuoden kuluttua, lääkärit kritisoivat potilaita röyhkeydestä, välinpitämättömyydestä ja vastuuttomuudesta: tilattuja aikoja ei peruutettu ja vastaanotolle tultiin vähäisten vaivojen ja ”varmuuden” vuoksi.[219] Esimerkiksi Inarin-Utsjoen terveyskeskuksesta raportoitiin kuitenkin täysin päinvastaisesta kokemuksesta: maksun poistamisesta ei ollut koitunut minkäänlaisia ongelmia, vaan potilaat punnitsivat lääkäriin lähtemistä pitkien etäisyyksien takia edelleen tarkkaan, usein lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa etukäteen neuvotellen.[220]

Vuonna 1982 lomakekyselyyn vastanneista terveyskeskuskävijöistä maksuttomuutta kannatti vain noin 40 prosenttia. Loppuvuonna 1980, jolloin maksut olivat vielä käytössä, maksuttomuus oli saanut vain 20 prosentin tuen, joten kannatus oli joka tapauksessa selvästi kasvanut. Maksuttomuuden kannatuksen havaittiin yleistyneen kaikissa tuloluokissa ja kaikissa ikäryhmissä, joskin varauksellisimmin siihen suhtautuivat edelleen yli 65-vuotiaat. Vanhusten todettiin kantavan huolta siitä, että heidän ajateltiin hakeutuneen hoitoon sen ilmaisuuden takia. Kaikki vanhukset eivät kuitenkaan edes tienneet maksujen poistamisesta.[221] On ilmeistä, että kaikille suunnattu ilmaispalvelu merkitsi niin suurta muutosta aiempaan käytäntöön, että se herätti oudoksuntaa ja varauksellisuutta. Perinteinen vastavuoroisuusajattelu näkyi edelleen asiakkaiden mielipiteissä ja ilmainen hoito saatettiin kokea ”ansaitsemattomana etuna”.

219 Ruusinen 1982, 73, 78–79.
220 Soininen 1982, 76–77.
221 Ruusinen 1982, 79, 108–114.

Terveyskeskuksen persoonaton byrokratia uhkana luottamukselle?

Maksuttomuuden epäiltiin heikentäneen potilaiden luottamusta terveyskeskusten antaman hoidon tasoon.[222] Vuonna 1980 julkaistuissa, lääkäreiden haastatteluihin pohjautuneessa kirjassa koko kansanterveyslaki nähtiin työn itsenäisyyden, luottamuksellisten potilassuhteiden ja arvovallan kariutumisena:

> Tulivat terveyskeskukset, byrokratia, potilasjonot, paperisota. Lääkäriltä vietiin hänen työnsä itsenäisyys ja vapaus. Hänestä tehtiin virkamies.
>
> Potilas ei asioi terveyskeskuksessa enää lääkärin kanssa, vaan jonkin ihmeellisen terveyskeskusjärjestelmän kanssa. Sairaalat ovat suuria, lääkäreitä paljon, hoidon jatkuvuutta ei enää ole. Varsinkin vanhemmat lääkärit muistelevat kaiholla kunnanlääkäriaikoja, jolloin lääkäri tunsi kaikki potilaansa. Pienessä kunnansairaalassa oli lämmin ja inhimillinen tunnelma.[223]

Potilaan ja lääkärin kohtaamisen todettiin muuttuneen, kun vastaanottoympäristö vaihtui kunnanlääkärin peräkammarista terveysasemien tutkimushuonerivistöihin. Lääkäriliiton apulaistoiminnanjohtaja Ilmo Parvinen totesi, että kun potilassuhteessa oli aiemmin kyse kahden yksilön välisestä tapahtumasta, kansanterveyslain myötä ”potilaat tulevat yhä suuremmassa määrin kohtaamaan järjestelmän ja heidän olisi opittava luottamaan sen tarjoamiin terveyspalveluihin”.[224] Potilassuhteen katsottiin näin ollen muuttuneen henkilökohtaisesta luottamuksesta (*trust*) institutionaaliseen luottamukseen (*confidence*) perustuvaksi.[225] Luottamuksen näkökulmasta ongelmaksi koettiin myös väestön elinolojen tuntemuksen menettäminen. Kun terveyskes-

222 Ruusinen 1982, 78–79.
223 Keränen 1980, 23, 27.
224 Parvinen 1977, 68–70.
225 Luhmann 1990.

kuspalvelut keskitettiin vastaanotoille ja kotikäynnit vähenivät samalla kun terveyssisarten alueellinen työote muuttui tehtäväkeskeiseksi, katkesivat kontaktit sairaitten perheisiin ja elinympäristöön.[226]

Vaikka terveyskeskuspalveluita käyttäneiden todettiin olleen suhteellisen tyytyväisiä palveluihin ja pitäneen henkilökuntaa asiantuntevana, lääkäreiden tavoin heidän kritiikkinsä kohdistui hoitosuhteiden sirpaleisuuteen, persoonattomuuteen ja byrokraattisuuteen:

> ”Virkamiesmentaliteetti” sanan negatiivisessa merkityksessä on ilmeisen nopeasti omaksuttu järjestelmässä, jossa työntekijän omat mahdollisuudet vaikuttaa suoranaisesti työskentelyoloihinsa eivät ole kovin suuret.[227]

Terveyskeskusjärjestelmää suunnitellut kansanterveystoimikunta korosti vuonna 1969, että potilaiden ja henkilökunnan suhteiden muuttuminen ”persoonattomiksi suurten laitosten tapaan” oli vältettävissä. Kaavailuna tuolloin oli, että potilas valitsi lääkärinsä, ”sillä ei ole tarkoituksenmukaista, että lääkärien vastaanottojen keskittäminen johtaisi poliklinikkatoimintaan, jossa potilas samankin sairauden vuoksi ja omasta tahdostaan riippumatta voi joutua eri lääkärien vastaanotoille.”[228] Varsinkin 1980-luvulle tultaessa valtakunnallisissa suunnitelmissa hoitosuhteen jatkuvuus ja perhekeskeisyys nostettiin avainkysymyksiksi. Ratkaisua haettiin omalääkäri- ja perhelääkärikäytäntöjen kehittämisestä. Tavoitteena oli, että ”potilas ohjataan aina, kun se on mahdollista, saman hänen valitsemansa lääkärin, hammaslääkärin, terveydenhoitajan jne. hoitoon tai neuvontaan.”[229]

Arvioidessaan 1970-luvun terveyspolitiikkaa Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen johtaja Esko Kalimo totesi, että keskittyminen palveluiden tarjontaan ja edullisiin hintoihin oli jättänyt vähäisemmälle huomiolle hoitoon hakeutumiseen ja hoidon tarpeen

226 Puska et al. 1976, 32, 34–35; Vienonen & Sneck 1982, 55; Nyström 2010a, 191.
227 Vienonen & Sneck 1982, 55.
228 KM 1969:A 3, 42.
229 Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1980–1984 1979, 5; Nyström 2010a, 190–194.

kokemiseen vaikuttavat "alttiuttavat tekijät".[230] Luottamuksen säilymisestä kertoo joka tapauksessa kansan poikkeuksellisen positiiviseksi kuvattu suhtautuminen terveydenhuoltoon: kun "useimmissa maissa on väestön suhtautuminen täysin toisenlaista ja joukkotutkimuksiin osallistuu vain pieni vähemmistö", Suomessa esimerkiksi pakolliset keuhkokuvaukset hyväksyttiin itsestäänselvyytenä. Lääkintöhallituksen suunnitteluosaston päällikkö A.S. Härö arvioikin, että esimerkiksi suomalaisten naisten valmius osallistua vapaaehtoisiin kohdunkaulansyövän seulontatutkimuksiin johtui äitiysneuvonnan vaikutuksesta: "Naisemme ovat ehkäpä äitiyshuollon yhteydessä omaksuneet asenteen, joka on erittäin sopiva tämänlaatuiselle joukkotoiminnalle". Härön mukaan "terveydenhuoltojärjestelmän ja kansalaisen välinen hyvä suhde on arvokas lähtökohta, jonka säilyminen on erittäin tärkeä asia." [231]

Yhteiskunnan ottama vastuu sairauden aiheuttamista kustannuksista toimi osaltaan merkittävänä luottamuksen ylläpitäjänä. Parantolaan 1960-luvulla joutunut tuberkuloosipotilas totesi, että – toisin kuin aiemmin – hoitoonmeno ei järkyttänyt, sillä "oli lain suomaa sosiaaliturvaa ja sen mukana turvallisuuden tunnetta".[232] Haastattelututkimus vuodelta 1976 osoitti, että vain noin 10 prosenttia laitoshoidon ulkopuolella asuvasta aikuisväestöstä oli tyytymätön terveysturvaansa.[233]

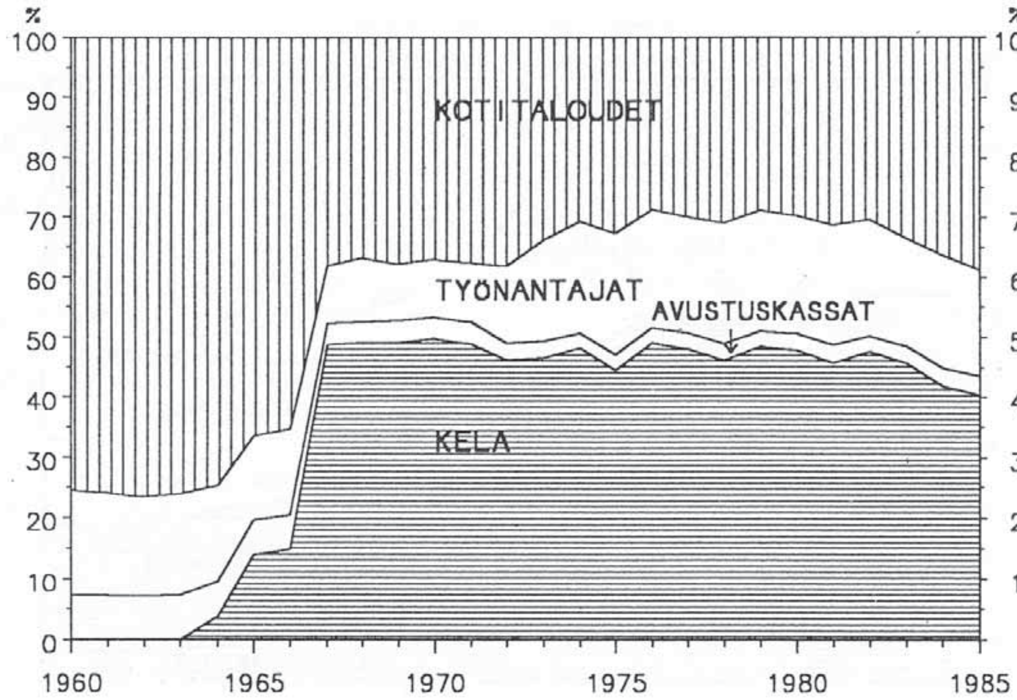
230 Kalimo 1980, 45–46.
231 Härö 1976, 9–11.
232 Suokas 1992, 76–77.
233 Kalimo 1982, 436.

3. ANSAITUT EDUT PALKKATYÖLÄISTEN LISÄTURVANA

Yksityispalveluita yhteiskunnan tuella

Vuonna 1963 säädetyn sairausvakuutuslain pohjalta potilaille maksettiin korvauksia sekä kunnanlääkäreiden palkkioista että yksityispalveluiden käytöstä aiheutuneista kuluista. Kun julkisen terveydenhuollon tarjonta oli niukkaa ja kokonaisratkaisu julkisten palveluiden toteuttamisesta venyi 1970-luvulle, yksityispalvelut miellettiin välttämättöminä hoitotarpeen paikkaajina.[234] Unto Häkkisen kokoama kuvio 21 osoittaakin, että Kansaneläkelaitoksen maksama sairausvakuutus rahoitti jopa noin puolet yksityisistä avohoidon terveyspalveluista. Kun kansanterveyslain myötä terveyskeskusmaksusta ei myönnetty palveluiden käyttäjille lainkaan sairausvakuutuskorvausta vaan terveyskeskusmaksu miellettiin tavallaan omavastuuosuudeksi,[235] sairausvakuutus painottui nimenomaan yksityispalveluiden käytön mahdollistamiseen.

234 Mattila 2006, 1; Mattila 2011, 115, 126, 159–161, 186, 330; Leppo 2013, 87.
235 Mattila 2011, 159–161.



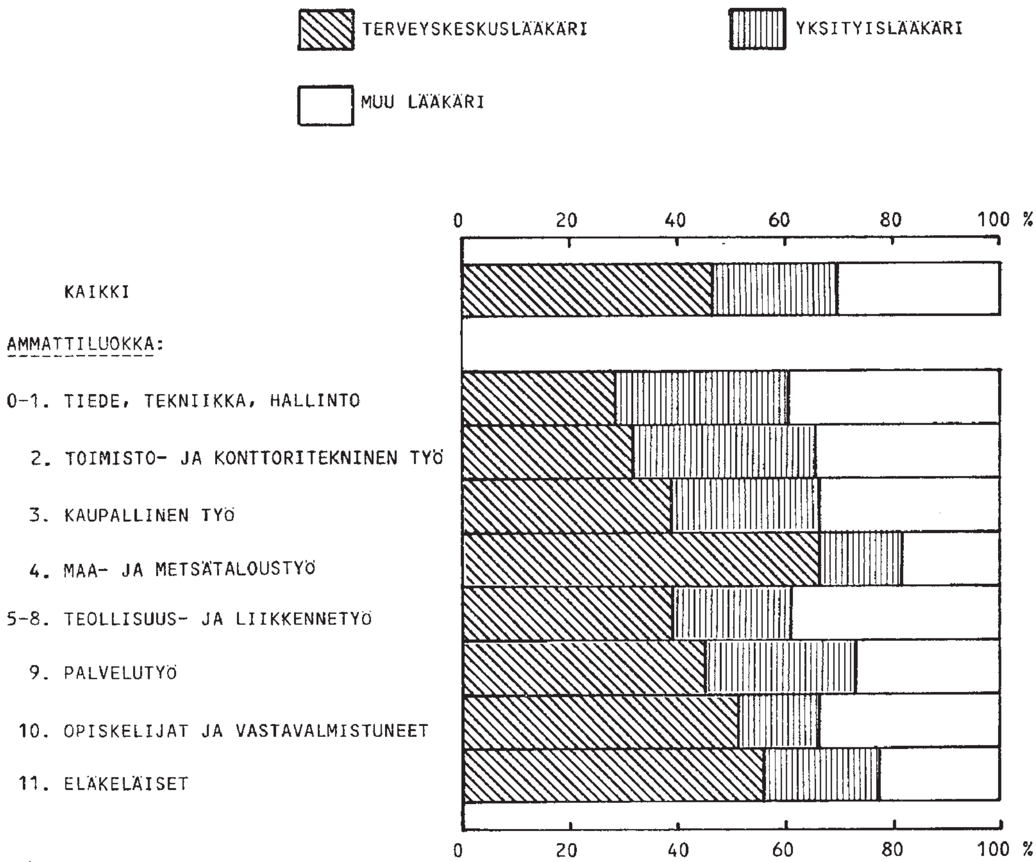
Kuvio 21. Yksityisen sektorin avohoidon rahoitusrakenne (%) 1960–1985[236]

Vaikka yksityiset palvelut täydensivät julkista terveydenhuoltojärjestelmää, ongelmana oli, että ne jakautuivat alueellisesti ja sosiaalisesti epätasa-arvoisesti. Taulukko 33 osoittaa, että vähävaraisissa kunnissa avoterveydenhuolto rakentui pitkälti terveyskeskusten varaan, kun taas varakkaimmissa kunnissa yksityiset palvelut sekä työterveyshuolto olivat vähintään yhtä merkittäviä toimijoita. Kun hinnaltaan halvempia terveyskeskuslääkäripalveluja oli suhteellisesti vähemmän tarjolla kaupungeissa, juuri kaupunkilaiset kääntyivät muita useammin yksityispalveluiden puoleen.[237] Kauko Nymanin kokoama kuvio 22 osoittaa, että ammattiryhmittäin tarkasteltuna yksityiset palvelut olivat erityisesti valkokaulusammattilaisten käyttämä lääkäripalvelu, kun taas maaseudun viljelijät ja metsätyöntekijät olivat pääasiallisesti terveyskeskusten varassa.

236 Häkkinen 1988, 81. Kuviossa ei ole huomioitu sairauskulujen verovähennyksiä, yksityisvakuutuksia eikä huoltoapua.
237 Nyman 1982, 132.

Taulukko 33. Lääkärissäkäynnit eri organisaatioissa 100 aikuista kohti kunnan kantokykyluokan mukaan vuonna 1976[238]

kunnan kantokykyluokka	organisaatio			lääkärikäyntejä yhteensä
	terveys-keskus	yksityinen	muu (poliklinikat ja työterveys-huolto)	
alin	50	7	14	71
viides	36	24	25	85
ylin	32	34	38	104
kaikki	37	19	25	81



Kuvio 22. Aikuisten lääkärissäkäynnit eri organisaatioissa ammattiluokittain (%) 1976[239]

238 Nyman 1982, 121, 161
239 Nyman 1982, 196. Kategoriaan "muu lääkäri" sisältyvät poliklinikat ja työterveys-huolto.

Kriittisissä puheenvuoroissa sairausvakuutuslakia arvosteltiin siitä, että sen myötä asutuskeskuksiin syntyivät yksityiset markkinat erikoislääkäripalveluihin, laboratorioihin sekä röntgenin ja fysikaalisen hoidon palveluihin. Osmo Kaipainen kritisoi erityisesti sitä, että erikoislääkäritasoista hoitoa oli sairaalapoliklinikoiden ohella saatavissa ainoastaan yksityislääkäreiltä. Hän jopa epäili, että julkisten sairaaloiden poliklinikkatoimintaa oli supistettu, jotta paikkakunnalla riitti markkinoita sairaalalääkäreiden yksityisille asemille. Sairausvakuutus nähtiinkin tulonsiirtona lääkäreille, apteekeille ja yksityisille palveluille. Kaipainen korosti, ettei yksityinen liiketoiminta taannut kaikille kansalaisille tasavertaisia palvelunsaantimahdollisuuksia eikä sairausvakuutus voinut pysyä mukana yksityislaitosten hinnankorotuksissa. Tasa-arvotavoitteen näkökulmasta ongelmana oli, että korkeiden hintojen takia köyhin kansanosa ei voinut käyttää laitosten tarjoamia palveluja.[240] Julkisen ja yksityisen lääkäripalvelun hinnaneroa kuvastavat vuoden 1980 hintatiedot: terveyskeskuslääkärikäynti maksoi tuolloin 6 markkaa, kun taas yksityislääkäri 32–51 markkaa ja erikoislääkäri vielä 50 prosenttia enemmän – joskin summista saatavat sairausvakuutuskorvaukset tasoittivat eroja. Vuonna 1981 sairausvakuutuskorvauksen laskettiin kattaneen noin 45 prosenttia erikoislääkäreiden perimistä maksuista, mutta jääneen yleislääkäripalkkioiden osalta alhaisemmalle tasolle.[241]

Huomionarvoista sairausvakuutuslaissa oli, etteivät edes julkisen hoitojärjestelmän tarjoamat ilmaispalvelut rajoittaneet kansalaisen oikeutta yksityispalveluista maksettavaan korvaukseen: yksityislääkärikuluja korvattiin silloinkin, kun potilas olisi voinut saada hoidon ilmaiseksi esimerkiksi tuberkuloosilain, sukupuolitautilain tai terveydenhoitolain nojalla.[242] Normaalin raskauden johdosta tehdyt yksityislääkärikäynnit korvattiin kuitenkin ainoastaan erityistapauksissa ja silloin, kun neuvolassa ei ollut lääkärin vastaanottoa.[243] Se, että julkinen

240 Kaipainen 1969, 30–34, 100–101. Myös: Finni 1976.
241 Jämsén 1982, 60; Mattila 2011, 129.
242 Hänninen 1967, 9.
243 Hänninen 1967, 10.

äitiyshuoltosysteemi määrittyi laissa ensisijaiseksi, selittäneekin osaltaan neuvoloiden säilymistä kaikkien äitien ja lasten hoitopaikkana.

Vaikka sairaalassa tapahtuva hoito lähtökohtaisesti rajattiin koko sairausvakuutusjärjestelmän ulkopuolelle eikä myöskään sairaalan poliklinikkamaksuja otettu huomioon, laki teki tässä suhteessa yksityispalveluiden osalta merkittävän myönnytyksen: korvausta oli mahdollista saada sairaalan erikoismaksuluokan lisämaksuista sekä yksityissairaaloiden lääkärien perimistä palkkioista.[244] Erikoismaksuluokkajärjestelmän oikeutus oli kuitenkin jatkuvan keskustelun kohteena, [245] ja varsinkin 1960-luvun lopulla sen arvosteltiin ylläpitävän yhteiskunnan luokkaeroja. Vaikka lääkintöhallituksen ohje edellytti, että erikoismaksuluokan potilaat otettiin lääketieteellisten seikkojen perusteella eikä heitä saanut asettaa ns. yleisen osaston potilaiden edelle, Osmo Kaipainen arvioi käytännön olleen toinen:

> Aivan jokapäiväistä on, että maksukykyinen kansalainen pujahtaa sairaalan sisäänpääsyneulansilmukan läpi yksityispotilaaksi sellaisen sairauden takia, jonka perusteella ei olisi minkäänlaista mahdollisuutta päästä yleiselle osastolle. Jokainen tietää, että yksityispotilaaksi voi päästä esimerkiksi suonikohju- tai sappileikkausta varten viikossa, kun yleisellä osastolla voi joutua odottamaan vuosia.[246]

Esimerkiksi vuonna 1980 yleissairaalan erikoismaksuluokan lisähinta oli vähintään 53 markkaa vuorokaudelta, kun alimman maksuluokan sairaalapaikka maksoi 19-22 markkaa.[247] Sairausvakuutuskorvauksista huolimatta erikoismaksuluokka oli siten vain varakkaiden saavutettavissa. Tasa-arvotavoitteista ja kritiikistä huolimatta tämä sairaalahoidon ohituskaista säilyi 2000-luvulle saakka.[248]

244 Hänninen 1967, 9–10; Piirainen 1969, 87.
245 Levä 2010, 278–279.
246 Kaipainen 1969, 236–237. Myös: Finni 1976, 150–153.
247 Jämsén 1982, 60.
248 Levä 2010, 278–279.

Sairausvakuutuslaki paaluttaa tien työsuhteiselle terveydenhuollolle

Suomalaisen sairausvakuutusjärjestelmän erityispiirre oli, että se korvasi myös työnantajan työntekijöilleen ja heidän perheenjäsenilleen järjestämän terveydenhuollon kustannuksia.[249] Työikäisten suomalaisten korkeat kuolleisuus- ja sairastavuusluvut vaikuttivat osaltaan siihen, että työterveyshuolto nousi 1950–1960-luvuilla yhteiskunnallisen kiinnostuksen kohteeksi sekä puolue- ja hallitusohjelmiin.[250] Eduskunnassa todettiin vuonna 1962, että työikäisen väestön ehkäisevä terveydenhoito oli järjestämättä ja pahasti jäljessä äideille ja lapsille suunnatuista palveluista.[251] Työterveyslaitoksen johtaja Leo Noro arvioi tuolloin, että yksinomaan suurten kansantautien aiheuttamien kuolemantapausten takia menetettiin vuosittain noin 125 000 työvuotta ja kaikki sairaudet yhteen laskien noin 200 000 työvuotta. Lisäksi sairauspoissaolot veivät 10 miljoonaa työpäivää vuodessa.[252] ”Työpaikoilta löydämme kansanterveytemme tämän hetken suurimman riskiryhmän, keski-ikäiset miehet”, kirjoitti puolestaan Osmo Kaipainen vuonna 1969.[253]

Kun työehtosopimukset edellyttivät työnantajan maksavan työntekijälleen sairausajan korvauksia, käytännön katsottiin pakottaneen työnantajat lääkärinhoidon järjestämiseen kustannusten pienentämiseksi. Toiminta oli kuitenkin työnantajille vapaaehtoista ja vain vajaa neljännes palkansaajista kuului sairausvakuutuslain voimaantullessa työterveyshuollon piiriin (taulukko 34). Erot erikokoisten työpaikkojen välillä olivat suuret: 1940-luvun lopulla jo liki neljä viidestä yli 500 hengen työpaikasta tarjosi työntekijöilleen lääkäripalvelut, mutta ongelmaksi koettiin ennen muuta pienten työpaikkojen terveydenhuollon puute.[254]

249 Mattila 2011, 166–168; Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364, § 29.
250 Esim. Ristimäki, Toini, Työkyvyttömät miehet maalaiskunnissa vuonna 1950. SAik 11–12/1953, 427–431; Kuusi 1961, 247–248, 262–267; Noro 1964, v–vi; Koskiaho 1987, 45–64.
251 VP 1962, Liitteet VI, 24, Toiv. al. no 298.
252 Noro 1964, 2–3.
253 Kaipainen 1969, 178.
254 Nyyssönen, A., Teollisuus ja lääkäri. Duodecim 2/1949, 149–150; Tähkä, Aleksis

Taulukko 34. Työterveyshuollon piiriin kuuluvien henkilöiden määrä ja osuus palkansaajista (%), 1964–2000[255]

vuosi	palkan-saajat	muut (mm. perheen-jäsenet)	yht.	osuus palkan-saajista (%)
1964	345 011	204 369	549 380	23.1
1965	347 992	181 676	529 668	23.1
1970	559 288	167 116	726 404	34.4
1975	950 860	109 835	1 060 695	51.5
1980	1 318 000	43 329	1 361 329	68.3
1985	1 648 000	17 945	1 665 945	79.7
1990	1 669 000	7 709	1 676 709	78.9
1995	1 431 180	-	1 431 180	80.7
2000	1 598 482	-	1 598 482	79.3

Suomalaisen järjestelmän jälkeenjääneisyys kävi ilmeiseksi, kun sitä verrattiin mm. Ranskan, Hollannin ja Espanjan työnantajaa velvoittavaan lainsäädäntöön. Eduskunnassa päädyttiin vuonna 1962 ehdottamaan, että työterveyshuoltoa tuli asteittain kehittää Kansainvälisen Työjärjestö ILO:n vuonna 1959 antaman suosituksen suuntaan. Olennaista ILO:n suosituksessa oli, että työterveyshuollon tuli olla luonteeltaan ehkäisevää, se piti ulottaa kaikkiin työntekijöihin eikä siitä saanut aiheutua työntekijöille kustannuksia.[256]

ILO:n suosituksesta poiketen – lääkäripalveluiden yleisen huonon saatavuuden takia – suomalaisten työpaikkalääkäreiden työnkuva kattoi 1950-luvulla ennaltaehkäisevien tehtävien ohella usein myös varsinaisen sairaanhoidon, etenkin maaseudulla.[257] Sairausvakuutuslakikin tuki aluksi hoidollista painotusta myöntämällä korvausta vain sairaanhoitoon ja synnytykseen liittyvistä työterveyshuollon palve-

& Noro, Leo, Lääkintähuolto pienissä työpaikoissa. SAik 9–10/1953, 370–372; Jaakkola 1993, 45.

255 Kansaneläkelaitos. Kuviot-sarja. Työterveyshuolto 5.1.–5.2. 2014.

256 Noro 1964, 313–320; Koskiaho 1987, 28–37; Mattila 2011, 167.

257 Noro 1951, 284–285, 292–293.

luista.[258] Vuonna 1969 korvauksen piiri ulotettiin koskemaan myös sairauksien ehkäisemistä, ennen muuta terveystarkastuksia ja terveyskasvatusta,[259] mutta vasta vuonna 1976 ehkäisevistä palveluista alettiin maksaa työnantajalle yhtä suurta korvausta kuin sairaanhoidosta.[260]

Osmo Kaipainen katsoi vuonna 1969, että ajan mittaan saattoi olla tarpeetonta sisällyttää sairaanhoitoa työterveydenhuollon piiriin.[261] Työmarkkinajärjestöjen välisessä sopimuksessa vuonna 1971 työpaikkaterveydenhuollon painopiste asetettiinkin selkeästi ennaltaehkäisyyn, mutta sairaanhoidon asema säilyi silti:

> Vaikka sairaanhoidon järjestäminen ensi sijassa kuuluukin yhteiskunnan tehtäviin, voidaan olosuhteista riippuen sen sisällyttämistä myös työpaikkaterveydenhuoltoon pitää toisinaan tarpeellisena ja tarkoituksenmukaisena. Sairaanhoidon laatu ja laajuus on ratkaistava kussakin tapauksessa erikseen.[262]

Yrjö Mattila on korostanut, että sairaanhoidon sisällyttäminen työterveyshuoltoon selittyi osaltaan ajankohdalla: kansanterveyslaki (1972) oli edelleen tuolloin valmisteluvaiheessa ja julkisen järjestelmän puutteita katsottiin yhä välttämättömäksi täydentää työpaikkojen omalla palvelutarjonnalla.[263] Työntekijöiden ja työnantajien tyytymättömyys terveyskeskusjärjestelmän hitaaseen etenemiseen varsinkin Etelä-Suomen asutuskeskuksissa oli puolestaan merkittävä syy siihen, että sairaanhoito kirjattiin myös vuonna 1978 hyväksyttyyn työterveyshuoltolakiin.[264] Laki velvoitti työnantajan tarjoamaan ennaltaehkäisevät palvelut, mutta varsinaisen sairaanhoidon järjestäminen jäi vapaaehtoisuuden varaan.[265]

---

258 Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364, § 29.
259 Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 4.7.1969 no 464; Koskiaho 1987, 12; Mattila 2011, 168.
260 Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uusiminen. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistio 1993:29, 1.
261 Kaipainen 1969, 188.
262 Mattilan 2011, 169 (alaviite 468) mukaan.
263 Mattila 2011, 169.
264 Lehto 2013, 164–165.
265 Työterveyshuoltolaki 29.9.1978 no 743, § 1–3.

Työterveyshuoltoa valmisteltiin kansanterveyslaista täysin erillisenä kysymyksenä, työmarkkinajärjestöjen sopimusten pohjalta. Kun kysymys toiminnan vakiinnuttamisesta asetettiin 1970-luvulla myös valtiollisten työryhmien pohdittavaksi, tärkeimmät erimielisyydet koskivat sitä, tuliko työterveyshuolto toteuttaa yksityisinä vai julkisina terveyspalveluina ja kuuluivatko sen piiriin yksinomaan palkansaajat vaiko myös muut työtä tekevät.[266] Vuonna 1978 hyväksytty laki oli kompromissi, sillä työnantajat saattoivat hankkia palvelut joko yksityisiltä palveluntarjoajilta, kunnallisista terveyspalveluista tai perustamaltaan omalta työterveysasemalta. Terveyskeskukselle asetettiin velvollisuus pyydettäessä järjestää työterveyshuolto, ja terveyskeskuksiin perustettiin päätoimisia työpaikkalääkärin virkoja.[267] Terveyskeskusten rooli palveluntarjoajana kasvoi 1980-luvun aikana, ja vuosikymmenen puolivälissä tehdyn selvityksen mukaan noin 47 prosenttia työterveyshuollon piiriin kuuluvista sai palvelut terveyskeskuksissa, kun taas tehtaan oman tai yhteisen työterveysaseman vastuulla oli noin kolmannes ja yksityispalveluiden varassa noin 20 prosenttia työntekijöistä.[268]

Lääkintöhallitus korosti viisivuotisohjelmassaan 1974 työterveyshuollon tasa-arvonäkökulmaa: ”tavoitteena on tällöinkin kaikkien asukkaiden saattaminen tasa-arvoiseen asemaan terveyspalvelujen suhteen”. Ajatuksena oli, että työterveyshuoltoa kehittämällä terveyttä vaarantavissa tehtävissä toimiva työväestö saatettiin muun väestön kanssa tasa-arvoiseen asemaan.[269] Kansaneläkelaitos puolestaan korosti vuonna 1975, että tasavertaisuus edellytti työterveyshuollon säätämistä jokaisen työelämään osallistuvan subjektiiviseksi oikeudeksi.[270] Työterveyshuolto voitiinkin nähdä osana terveydenhuollon laajenemista kaikkiin ikäluokkiin: ajatuksena oli, että koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta henkilö siirtyi työterveyshuollon piiriin.[271] Työterveyshuol-

266 Koskiaho 1987, 15–18, 52–120; Mattila 2011, 168–177.
267 Työterveyshuoltolaki 29.9.1978 no 743, § 7; Elo & Vaaranen 1975, 397–407; Mattila 2011, 171–179; Ylikoski 1986, 56–57; Husman 1976, 59.
268 Eri tilastojen ilmoittamat luvut ovat osin erilaiset, ks. Karisto 1989b, 126.
269 Terveydenhuollon ohjelma vuosille 1975–79 1974, 11–12, 74.
270 Koskiaho 1987, 103.
271 Nyman 1989, 214.

lon rakentuminen kertoo siten täystyöllisyyden, työelämään osallistumisen ja palkkatyöyhteiskunnan itsestäänselvyydestä. Työterveyslaki kohdistui ennen muuta palkkatyöntekijöihin, mutta muutkin kuin palkkatyötä tekevät saattoivat vapaaehtoisesti liittyä lain piiriin siten, että Kansaneläkelaitos korvasi osan heidän työterveyskuluistaan.[272]

Ennen työterveyslakia työterveyshuollon tarjoama sairaanhoito ei ollut työntekijöille täysin ilmaista, vaan sairaanhoidosta perityt maksut vaihtelivat työantajakohtaisesti. Sairausvakuutusjärjestelmä tuki hoidon maksuttomuutta myöntämällä vuodesta 1970 alkaen työnantajalle suuremman korvauksen, mikäli sairaanhoito tarjottiin työntekijöille ilmaiseksi.[273] Työterveyshuoltolain myötä sairaanhoidosta koituneita kuluja korvattiin työnantajalle vain, mikäli palvelut olivat työntekijöille maksuttomia.[274] Säännös ei kuitenkaan käytännössä edellyttänyt, että kaikki palvelut olivat kaikille maksuttomia: osasta palveluita voitiin periä maksu, esimerkiksi työnantajille ja toimihenkilöille voitiin myöntää erilaisia maksuttomia palveluita ja perheenjäsenille tarjotut palvelut saattoivat olla maksullisia. Työnantajalle maksettujen sairausvakuutuskorvausten suuruus kasvoi toiminnan vakiintumisen myötä: kun 1960-luvun puolivälissä työnantajalle maksettiin vain 20 prosenttia kustannuksista, vuonna 1979 maksettiin jo 60 prosenttia kustannuksista.[275]

Työterveyshuoltolaki astui voimaan asteittain siten, että palvelut tuli olla tarjolla vuoteen 1983 mennessä.[276] Vuosikymmenen puolivälissä lain piiriin kuului jo noin 80 prosenttia palkansaajista (taulukko 34). Silti vuonna 1985 edelleen neljännes työterveyshuoltoon velvoitetuista työpaikoista oli vailla työterveyshuoltoa ja lisäksi vajaassa kolmanneksessa toiminta oli luonteeltaan nimellistä. Kaikkiaan noin 40 prosenttia työpaikoista tarjosi työntekijöilleen myös sairaanhoitoa ja 2 prosenttia niistä oli "luksustyöpaikkoja", jotka korvasivat "lähes

272 Mattila 2011, 174.
273 Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uusiminen. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistio 1993:29, 11–12.
274 Valtioneuvoston päätös työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon kustannusten korvausperusteista 14.12.1978 no 988; Lehtonen & Raitasalo 1991, 8.
275 Waal, Laine & Pettinen 1986, 58–59.
276 Lehtonen & Raitasalo 1991, 8–9.

kaiken".[277] Taulukko 35 osoittaa, että sairaanhoidon osalta käytännöt olivat eri työpaikoilla varsin erilaiset. Sairaanhoito sisältyi työterveyshuoltoon selvästi useammin kaupungeissa (52 %) kuin maaseudulla (17 %), ja vähäisintä tarjonta oli Pohjois-Suomessa.[278]

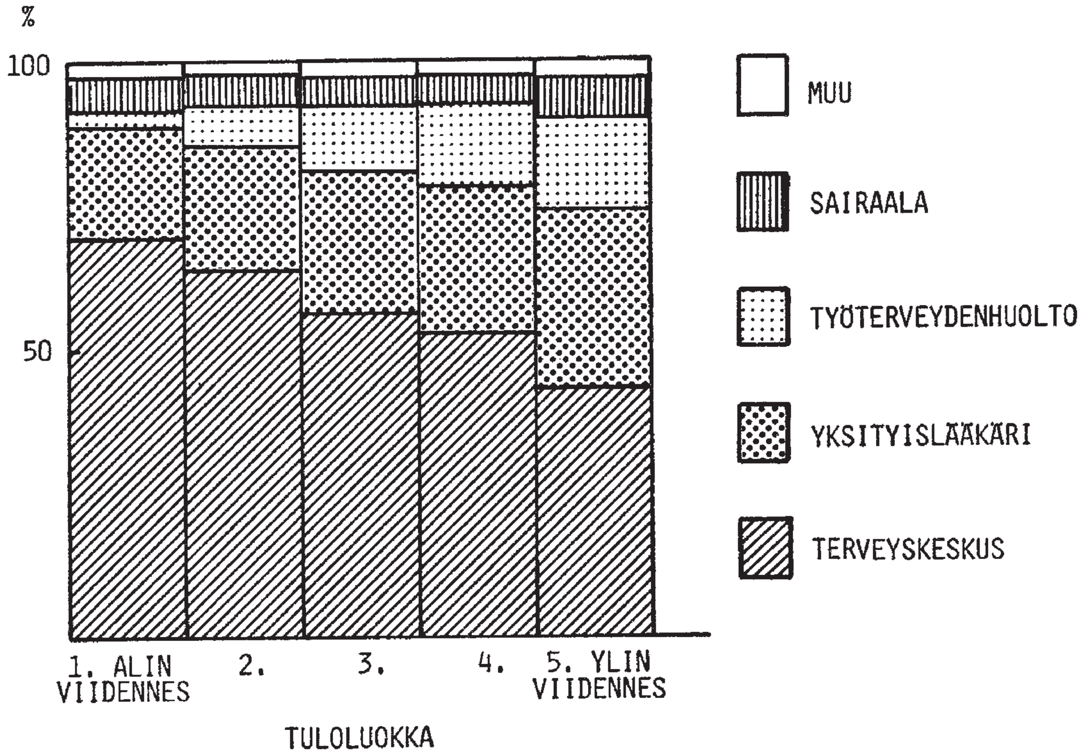
Taulukko 35. Sairauskuluihin osallistuvien työpaikkojen osuus (%) kululajeittain 1985[279]

	korvaa kokonaan	korvaa osittain	yhteensä
yleislääkäripalkkio	28	8	36
röntgen- ja laboratoriokulut	21	11	32
erikoislääkäripalkkio	10	6	16
fysikaalinen hoito	10	9	19
psykologin hoito	4	3	7
lääkkeet	3	4	7
hammaslääkäripalkkiot	2	6	8
silmälasit	2	8	10

Kun työterveyshuoltoa tarkasteltiin 1980-luvun lopulla tasa-arvon näkökulmasta, kiinnitettiin huomiota ensinnäkin palkansaajaväestön sisäisen eriarvoisuuden lisääntymisen mahdollisuuteen.[280] Palveluiden vaihtelevan kattavuuden, laajuuden ja laadun todettiin osaltaan mahdollisesti vahvistavan alueellisia ja väestöryhmittäisiä terveyseroja.[281] Eero Savolaisen keräämien 1970-luvun tilastojen mukaan työterveydenhuoltoa käyttivät suhteessa eniten parhaiten toimeentulevat henkilöt (kuvio 23). Se, että työterveys tarjosi terveyskeskuspalveluita nopeamman väylän hoitoon (taulukko 36), korosti työterveyshuollon käyttäjien etuoikeutettua asemaa. Sairausvakuutuksen työmarkkinapohjaista, palkkatyöläisyyttä tukevaa ja palkitsevaa asetelmaa lisäsi osaltaan se, että työpaikkojen sairauskassat saivat edelleen maksaa omista varoistaan sääntöjensä mukaisia lisäetuuksia. Sairauskassojen

277 Kalimo & Raitasalo 1991, 2–3.
278 Klaukka 1989, 162.
279 Klaukka 1989, 162.
280 Karisto 1989a, 205.
281 Nyman 1989, 215–217.

piiriin kuului vuonna 1966 yhteensä noin 232 000 henkilöä ja heidän sosiaaliturvansa säilyi näin ollen muuta väestöä parempana.[282] Työeläkejärjestelmän kautta järjestetty ammatillinen kuntoutus kuului niin ikään vuodesta 1965 alkaen työperusteisiin etuisuuksiin.[283]



Kuvio 23. Terveydenhuollon eri sektoreille ensikontaktina hakeutuneet, % kaikista hoitoon hakeutuneista vuonna 1976, perheen tulojen mukaan[284]

Taulukko 36. Keskimääräiset jonotusajat (vrk) vastaanoton varanneille eri hoito-organisaatioissa sairausryhmittäin vuonna 1976[285]

sairaus	työterveys	terveyskeskus	yksityinen
infektiot	1.2	1.9	3.3
tapaturmat	0.3	1.4	3.4
sydän- ja verisuonitaudit	4.0	6.5	8.1
kaikki	2.5	4.8	7.8

282 Piirainen 1969, 100–103; Jaakkola 1985, 186–191; Jaakkola 1993, 45–48; Mattila 2011, 121.
283 Hannikainen 2012a, 462–463.
284 Savolainen 1982, 258.
285 Savolainen 1982, 250.

Sairauspäiväraha saavutetun kulutustason turvaajaksi

Sairausvakuutukseen sisältyi hoitokulukorvausten ohella sairauspäiväraha, joka koski vain työikäisiä eli 16–64-vuotiaita ja jonka suuruus porrastettiin ansiotulon perusteella.[286] Ansiosidonnaisuuden periaate, joka oli omaksuttu myös minimitoimeentulon turvaavaa kansaneläkelakia täydentävään työeläkelakiin vuonna 1961, oli työeläkejärjestelmän pääarkkitehti Teivo Pentikäisen mukaan merkittävä ideologinen murros:

> Siihen saakka sosiaalivakuutus, erityisesti tasaeläkesysteemi, olivat enemmänkin vain parannettua köyhäinhoitoa. (…) Työeläkejärjestelmä sen sijaan rakennettiin alun pitäen ns. ansaintaperiaatteelle. (…) Ansaintaperiaate merkitsi siirtymistä parannetusta köyhäinhoidosta hyvinvointivaltion ideologiaan.[287]

Se, että ansiosidonnaisuus alettiin nähdä suomalaisessa keskustelussa hyvinvointivaltion olennaisena piirteenä, merkitsi selvää periaatteellista irtiottoa brittiläisestä tasasuuruisia etuuksia painottavasta universalismin ideasta. Sosiaaliministeriön kansliapäällikkö Kari Puro totesikin vuonna 1975, että sosiaaliturvan kehittämisessä jouduttiin jatkuvasti tekemään valintoja hyvinvoinnin saavutetun tason säilyttämistä korostavien ja kohtuulliseksi katsotun vähimmäistason turvaavien ratkaisujen välillä.[288]

Raija Julkunen on korostanut, että itse asiassa jo vuoden 1956 kansaneläkeuudistukseen johtanut hallituksen ja asiantuntijoiden laatima ehdotus perustui ansiosidonnaisiin etuuksiin. Yleislakon ilmapiirissä syntynyt, tasaetuuksiin ja osin tarveharkintaan perustuva järjestelmä oli siten pikemminkin yllättävä kompromissi.[289] *60-luvun sosiaalipolitiikassa* Pekka Kuusi arvosteli kansaneläkelakia siitä, että se kahlitsi saajansa pelkkään minimitoimeentuloon. Siivoojamummon

286 Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364, § 14–16.
287 Pentikäinen 1977, 39. Myös: Kuusi 1961, 239, 248–250. Työeläkelaista ks. Kangas 2006a, 259–262; Hannikainen & Vauhkonen 2012.
288 Puro 1975a, 115.
289 Julkunen 2003, 34.

ja metallimiehen kulutusmahdollisuuksien kannalta tasasuuruinen eläke merkitsi Kuusen mukaan täysin eri asioita: kuta runsaammat ansiot, sitä vähäisemmältä kansaneläke tuntui.[290] Kuusi ennakoikin, että 1950-luvun kaavamainen tasatuen politiikka oli väistymässä syrjään 1960-luvun ”eriytyvää yksilöllistä kulutustasoa turvaavan politiikan” tieltä.[291]

Sairausvakuutuksen sairauspäivärahaa, jota maksettiin enimmillään noin 300 päivän ajan, nimitettiin kuvaavasti työtulovakuutukseksi.[292] Päivärahan suuruus vaihteli lain voimaantullessa palkatonta työtä tekeville kuten maatalon emännille ja opiskelijoille maksettavan peruspäivärahan minimisummasta eli 4 markasta yli viisinkertaiseen eli 22,50 markkaan, ja summaa korotti edelleen perheellisille maksettu huoltajalisä.[293] Olli Kankaan arvion mukaan sairausvakuutus nosti suomalaisten sairausturvan kehittyneiden maiden eturiviin: ”Kattavuus oli universaali, etuja maksettiin myös tulottomille, ja ansioihin sidotun, palkansaajille tulevan kompensaation taso oli kansanvälisen mittapuun mukaan kohtuullinen”.[294] Kun sairausvakuutustoimistojen asiakkaille tehtiin vuonna 1969 lomakekysely, ansiosidonnaisuuden periaatteeseen suhtauduttiin kuitenkin varsin varauksellisesti: puolet vastanneista piti päivärahan määrän riippuvuutta työtulojen suuruudesta epäoikeudenmukaisena, 22 prosenttia ei ottanut asiaan kantaa ja vain 28 prosenttia katsoi käytännön olevan oikeudenmukainen.[295]

Päivärahan taso jäi 1970-luvulla jälkeen yleisestä tulokehityksestä. Sosiaalihuollon periaatekomitea korosti vuonna 1971, ettei vähimmäispäiväraha turvannut kohtuullista toimeentuloa eikä riittänyt edes yhden vuorokauden alimman sairaalamaksun suorittamiseen.[296] Vuonna 1972 vähimmäispäiväraha nostettiin 10 markkaan ja vuonna 1977 jo 20 markkaan, kun taas enimmäispäiväraha pysyi 38,25

290 Kuusi 1961, 209–219.
291 Kuusi 1961, 250.
292 Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364, § 19; Piirainen 1969, 85.
293 Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364, § 16; Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2000, 310.
294 Kangas 2006a, 323.
295 Mikkola 1970, 145.
296 KM 1971: A 25, 19; Kangas 2006a, 324.

markassa koko vuosikymmenen aikana.[297] Olli Kangas on korostanut, että 1970-luvun eduskuntakeskusteluissa päähuomio kiinnittyi minimiturvan heikkouteen eikä ansiosidonnaisen osan suhteellista heikkenemistä nähty erityisenä ongelmana. Esimerkiksi SMP ja eräät keskustapuolueen edustajat vaativat kaikille samansuuruista päivärahaa vedoten siihen, että sairaus oli jokaiselle samanlainen onnettomuus.[298]

Sairausvakuutuksen ansiosidonnaista luonnetta vahvisti vuonna 1982 toteutettu uudistus, jossa päivärahan yläraja poistettiin, etuutta maksettiin 80 prosenttia tuloista ja etuudesta tuli veronalainen. Samalla tasasuuruisen vähimmäispäivärahan merkitys väheni. Uudistus, joka nosti korvaukset muiden pohjoismaiden tasolle, toteutettiin Kankaan mukaan ennen muuta työnantajien ja sosiaalivakuutusammattilaisten aloitteesta. Hän on todennut, että eduskunnassa tämä tasa-arvon eetoksen vastainen uudistus hyväksyttiin "pienempänä pahana": vaihtoehtona oli, että Kansaneläkelaitoksen hallinnoimalle sairausvakuutukselle olisi muutoin syntynyt rinnakkainen, korporatistinen järjestelmä. Kangas onkin huomauttanut, että vaikka tasa-arvotavoitteen kannalta ansiosidonnaisuuden periaate vaikuttaa nurinkuriselta, lakisääteiset tulosidonnaiset etuudet tuottavat käytännössä tasaisemman tulonjaon poistaessaan työmarkkinapohjaisten etujen laajentumispotentiaalin.[299]

297 Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2000, 310.
298 Kangas 2006a, 324–326.
299 Niemelä 1994, 156–157; Kangas 2006a, 326–328, 336–337, 362.

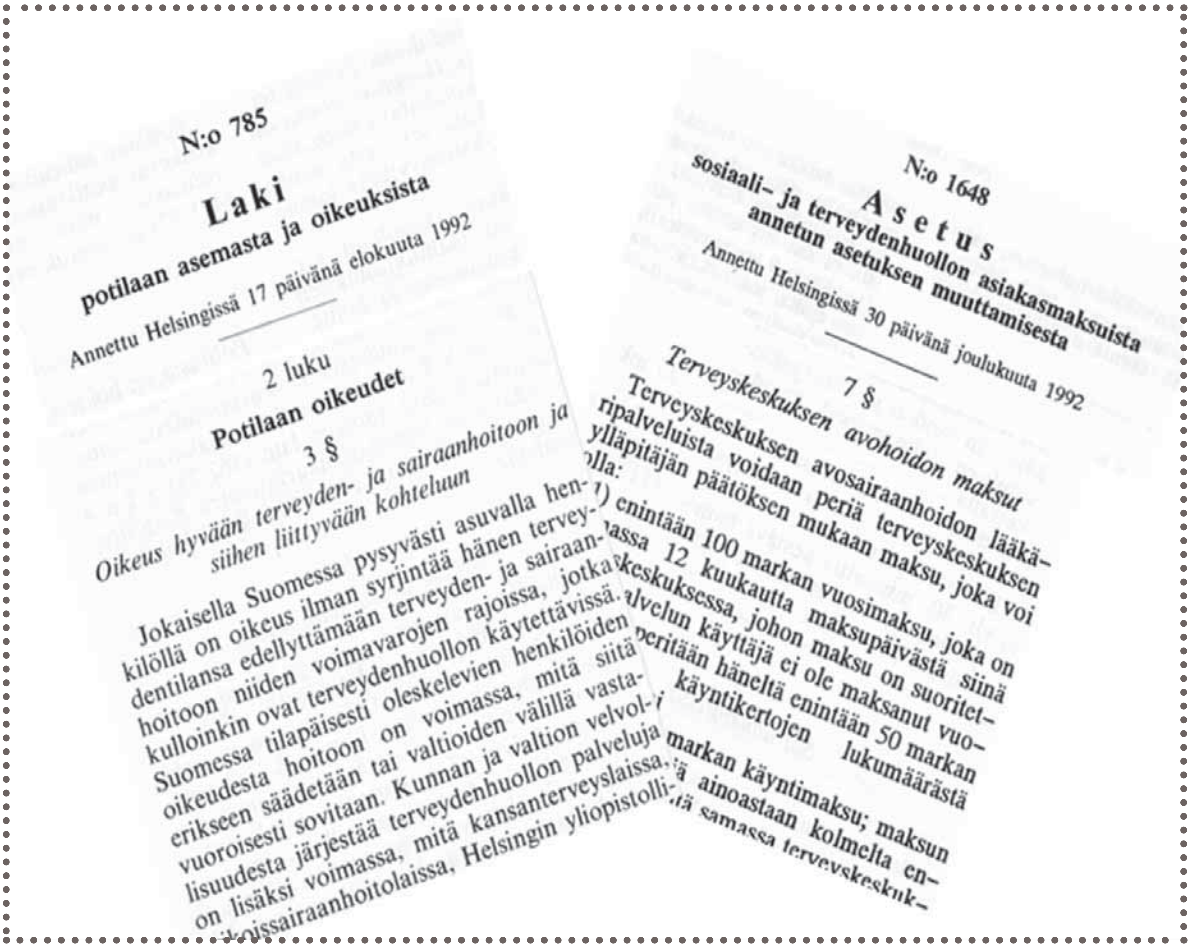
4. YHTEENVETO

Suomen terveyspalvelujärjestelmä, joka kansainvälisissä vertailuissa todettiin aukolliseksi ja saatavuudeltaan kehnoksi, nousi 1960- ja 1970-luvun uudistusten myötä kehityksen eturiviin.[300] Palvelutarjonnan lisääntyessä terveyspalvelusten käyttö saavutti muiden Pohjoismaiden tason 1970-luvun puolivälissä.[301] Terveyspalveluiden sosiaalinen tasa-arvoisuus ja hoitoonpääsyn alueellisten erojen tasoittaminen asettuivat kiinteäksi osaksi taloudellisen kasvun ideologiaa. Pauli Kettunen onkin kuvannut 1960-luvun yhteiskunnan "hyvää kehää" laajenevan demokratian, sosiaalisen tasa-arvon ja talouskasvun kudelmana.[302]

Kun terveyspalveluihin pääsy alettiin mieltää kansalaisoikeudeksi, köyhäinhoidon rooli hoitoonpääsyn säätelyssä väheni. Kaikille työikäisille tarjottu sairauspäiväraha sekä kaikille kansalaisille luotu ilmainen pääsy lääkärin vastaanotolle olivat uudistuksia, jotka merkitsivät ryhmä- ja tautikohtaisen tuen korvautumista kansalaisasemaan perustuvilla, itsestään selvillä oikeuksilla. Käytännössä 1960–1970-luvuilla rinnakkaisina toteutetut uudistukset – sairausvakuutus, terveyskeskus ja työterveyshuolto – edustivat kuitenkin osin ristiriitaisia lähtökohtia, ja niiden pohjalta rakentui samanaikaisesti paitsi kaikille kansalaisille yhtäläistä palvelutarjontaa ja minimiturvaa, myös ansioihin ja työsuhteeseen perustuvia lisäetuuksia. Osaltaan juuri julkisten palveluiden puute myötävaikutti sairaanhoitoa tarjoavan työterveyslääkärijärjestelmän vakinaistumiseen sekä yksityispalveluiden käytön tukemiseen sairausvakuutuksen kautta. Kokonaisvaltaisuuden ja tasa-arvon tavoitteesta huolimatta perusterveydenhuoltoon rakentui monikanavainen, julkiseen terveyskeskukseen, työterveyshuoltoon ja yksityissektoriin jakautuva palvelujärjestelmä, joka tuotti jakoja kansalaisten välille.

300 Stewart 2008, 207.
301 Kalimo, Klaukka, & Nyman 1984, 27.
302 Kettunen 2006b. Hyvien kehien analyysi eläkejärjestelmän näkökulmasta ks. Hannikainen 2012c, 484.

V



N:o 785

Laki

potilaan asemasta ja oikeuksista

Annettu Helsingissä 17 päivänä elokuuta 1992

2 luku

Potilaan oikeudet

3 §

Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevien henkilöiden oikeudesta hoitoon on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään tai valtioiden välillä vastavuoroisesti sovitaan. Kunnan ja valtion velvollisuudesta järjestää terveydenhuollon palveluja on lisäksi voimassa, mitä kansanterveyslaissa, Helsingin yliopistolli-

N:o 1648

Asetus

sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta

Annettu Helsingissä 30 päivänä joulukuuta 1992

7 §

Terveyskeskuksen avohoidon maksut

Terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista voidaan periä terveyskeskuksen ylläpitäjän päätöksen mukaan maksu, joka voi olla:

1) enintään 100 markan vuosimaksu, joka on ...ssa 12 kuukautta maksupäivästä siinä ...keskuksessa, johon maksu on suoritet... ...lvelun käyttäjä ei ole maksanut vuo... ...eritään häneltä enintään 50 markan käyntikertojen lukumäärästä

... markan käyntimaksu; maksun ...ä ainoastaan kolmelta en... ...tä samassa terveyskesk...

V

YKSILÖN VAPAUS JA VASTUU TERVEYSMARKKINOILLA: 1900-LUVUN LOPPU

1. TERVEYS HENKILÖKOHTAISENA KYSYMYKSENÄ JA JULKISEN TALOUDEN TAAKKANA

Hyvinvointivaltion kustannuskriisi ja kasvavat tarpeet

> Sosiaali- ja terveydenhuolto oli ollut kansakunnan rakentamista, kansakunnan hyvinvoinnin ja kilpailukyvyn turvaamista, investointia terveyteen ja hyvinvointiin. Nyt siitä tuli rasite, taakka, leikkausten kohde ja kuntien budjetin kuriton kasvaja.[1]

Vappu Taipale, joka toimi lääkintöhallituksen seuraajan, sosiaali- ja terveyshallituksen pääjohtajana 1990-luvun alussa, luonnehti vuosikymmenen ideologista käännettä merkittäväksi irtiotoksi aiemmasta. Kun 1960–1970-luvuilla terveyspalveluiden rakentaminen nähtiin osana ”kansakunnan suurta kertomusta” ja alan rahoituksen kasvu nähtiin positiivisena satsauksena, 1990-luvulla tavoitteeksi asetettiin

1 Taipale 2008.

hyvinvointivaltion kasvun pysäyttäminen ja terveysmenojen leikkaaminen.[2]

Sairausvakuutuksen ja terveyskeskuspalveluiden miltei samanaikainen toteuttaminen näkyi Suomessa julkisten terveysmenojen nopeana kasvuna, ja terveydenhuolto kuului valtiontalouden nopeimmin kasvaviin menoeriin. [3] Väestön ikääntymisen ennakoitiin edelleen jatkuvasti lisäävän terveyspalveluiden kysyntää, etenkin kun lääkintäteknologia samanaikaisesti loi uusia hoitokeinoja.[4] Osaltaan kustannuksia kasvatti myös *medikalisaatio* eli kehitys, jonka myötä lääketieteestä haettiin ja tarjottiin ratkaisua yhä useampaan elämän ongelmaan.[5] Samaan ilmiöön kytkeytyi myös *terveyden inflaatioksi* nimitetty terveyden saavuttamisen riittämättömyyden kokemus, joka puolestaan nivoutui terveyttä ja elämän pituutta koskevien odotusten jatkuvaan kasvuun.[6]

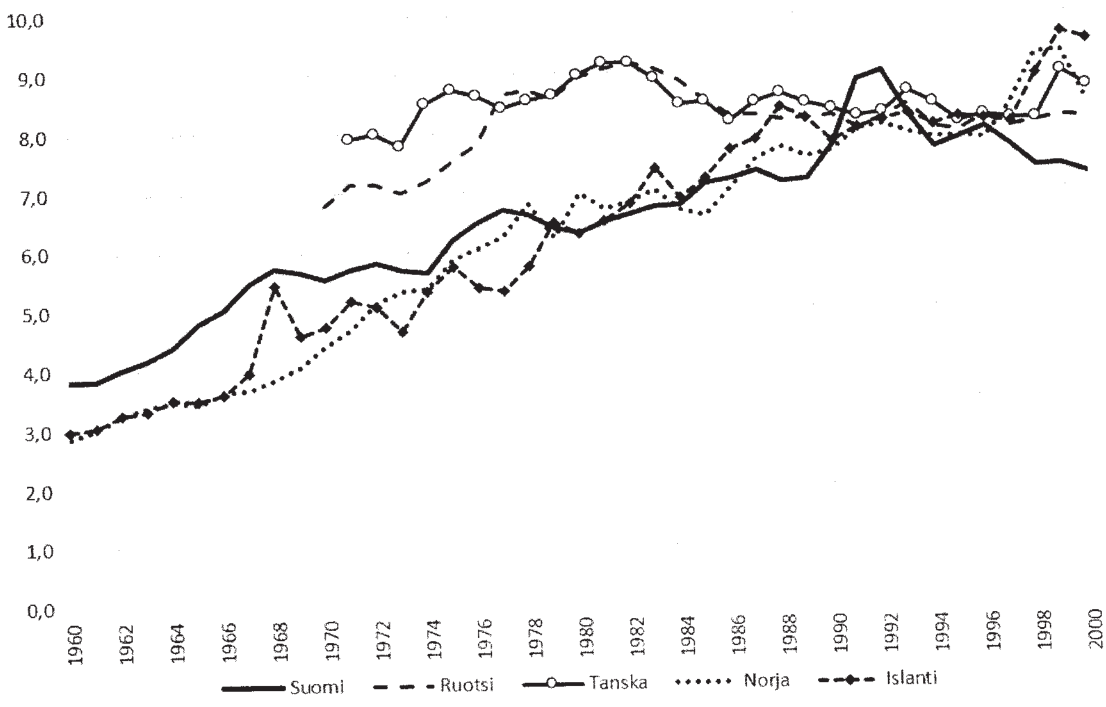
Terveydenhuollon 1970-luvun lopun kustannuskriisi merkitsi alan kehitysnäkymien uudelleenarviointia. Vuonna 1981 sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa todettiin, että menojen kasvu oli monessa maassa aiheuttanut terveyspoliittisen käänteen:

> Se, että julkinen valta on alkanut pyrkiä aktiivisesti hillitsemään terveydenhuoltomenojensa kasvua, osoittaa terveyspoliittista suunnanvaihdosta sikäli, että monissa maissa on sotien jälkeisinä vuosikymmeninä pyritty nimenomaan raivaamaan hoitoon hakeutumisen ja hoidon saatavuuden esteitä. Nyt on ilmeisesti tultu tässä kehityksessä käännepisteeseen, kun on ryhdytty miettimään mahdollisuuksia hillitä kustannusten ja kysynnän kasvua. [7]

Kustannuskriisin ratkaisua haettiin tuolloin ennen muuta terveydenhuollon resurssien suunnitelmallisesta ja tehokkaasta, tieteelliseen

2 Keskimäki 2010, 201–207; Lehto & Blomster 1999, 207–221; Lehto 2013, 165–166.
3 KM 1971:B 4, 47–53; Häkkinen 1988.
4 Esim. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 20, 29–32, 125; Bäckman 1993, 538–554.
5 Medikalisaatiosta esim. Lahelma 2003, 1863–1868.
6 Vuorenkoski & Saarni 2006, 35.
7 Jämsén 1981, 19.

tutkimukseen perustuvasta käytöstä.[8] Ajatuksena oli lähinnä hyvinvointivaltion kasvuvauhdin hidastaminen, mutta 1970-luvun lopulla tehtiin myös ensimmäisiä havaintoja laajaa julkista sektoria puoltavan keynesiläisen talousajattelun rinnalle nousseesta uudesta painotuksesta, joka asetti etusijalle yksityisen sektorin ja kansainvälisen kilpailukyvyn kasvuedellytysten turvaamisen.[9] Suomessa tämä uusi ajattelutapa sai jalansijaa erityisesti 1990-luvun taloudellisen laman myötä, jolloin valtion talousarvion suurimpana menoeränä sosiaali- ja terveydenhuolto asetettiin leikkausten kohteeksi. Samalla kustannusten hallinnasta tuli keskeinen terveyspoliittinen arvo (kuvio 24).[10]



Kuvio 24. Terveydenhuoltomenojen suhde BKT:een Pohjoismaissa (%) 1960–2000[11]

8 Esim. KM 1971:B 4.

9 Laurinkari & Niemelä 1978, 25–27; Riihinen 2011, 103–105, 118–125.

10 Heikkilä 1994, 283–308; Lehto & Blomster 1999; Wrede 2000, 202–204; Leppo 2013, 93–94; Riihinen 2011, 126–131.

11 OECD Health Data. Health expenditure and financing. Health expenditure indicators 2014. OECD:n tilastossa ei ole vertailukelpoisia lukuja Tanskasta ja Ruotsista 1960-luvulla. Pohjoismaisissa vertailuissa käytettiin tuolloin terveydenhuollon menojen suhdetta nettokansantuloon. Vuonna 1960 luvut olivat: Norja 4,5, Ruotsi 4,2, Tanska 3,8 ja Suomi 2,4, ja vuonna 1970 vastaavat luvut olivat: Ruotsi 8,3, Tanska 7,3, Norja 6,5, Suomi 5,0. Suonoja, Virtanen & Tuomola 1975, 14.

Kansainvälisessä keskustelussa kustannuskeskeisen terveyspolitiikan linjan uusiksi suunnanmäärittelijöiksi nousivat YK:n ja WHO:n sijaan OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) sekä Maailmanpankin kaltaiset talousjärjestöt.[12] Euroopan Unionin jäsenyyden myötä (1995) kansallisen terveyspolitiikan raamit alkoivat osaltaan määrittyä unionin asettamien sitoumusten kautta. Kauppapolitiikkaan keskittyvässä, kilpailukykyä ja liikkumisvapautta korostavassa unionissa terveyskysymykset olivat kuitenkin 1990-luvulla taka-alalla. Kansallisen keskustelun uusina toimijoina esiin nousivat puolestaan mm. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra ja teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus Tekes, joiden terveyspoliittisen ajattelun on arvioitu rakentuneen elinkeinopoliittisten tavoitteenasetteluiden pohjalta.[13]

Selvää irtiottoa Pekka Kuusen 1960-luvulla lanseeraamasta ajattelusta merkitsi se, että tulonjaon tasoittaminen alettiin nähdä markkinatalouden toiminnan esteenä. Matti Heikkilä totesi vuonna 1994, että tasa-arvon idea alettiin mieltää ”pakkoyhdenmukaistavana tasapäistämisenä” ja yksilöllisyyden esteenä.[14] Kun tulo- ja varallisuuserojen kasvua ei enää katsottu yhteiskunnalliseksi ongelmaksi, kehityksen on samalla todettu merkinneen sosiaalipolitiikan roolin heikentymistä.[15] Heikkilä tulkitsi, että muutoksessa oli kysymys ”vanhan”, ”skandinaavisen”, tasa-arvon, oikeudenmukaisuuden ja solidaarisuuden perustalle rakentuneen hyvinvointipolitiikan mallin korvautumisesta uudella konseptilla, jota leimasivat vapaus, kilpailu, omavastuu ja tehokkuus.[16] Se, että keskustelu erityisestä *pohjoismaisesta hyvinvointivaltiomallista* yleistyi juuri 1990-luvun alussa, onkin nähty murrosvaiheen herättämäksi puolustuspuheeksi. Pauli Kettusen mukaan pohjoismaisella

12 Taipale 2000, 1; Lehto 2013, 165; Ollila 2004, 11–12; Rasimus & Alasuutari 2009, 132–155; Leppo 2013, 93.
13 Ollila 2004, 11–13; Ollila & Koivusalo 2009, 21–47; Riihinen 2011, 130–133; Koivusalo & Ollila 2013, 390–408; Melkas 2013, 189–190; Leppo 2013, 95–97.
14 Heikkilä 1994, 286.
15 Kangas 2006a, 364–365; Hänninen & Palola 2010, 18–20; Muuri et al. 2008, 446–451.
16 Heikkilä 1994, 285, 289.

mallilla voitiin viitata sekä ”vanhaan rakenteeseen, jota uudet haasteet uhkaavat” että ”tapaan vastata näihin haasteisiin”.[17]

Vaikka 1900-luvun lopulla terveyserojen kaventaminen kirjattiin edelleen viralliseksi terveyspoliittiseksi tavoitteeksi, Marja Pajukosken arvion mukaan ”sosiaaliset oikeudet ja talous ovat nyt vastakkain ehkä enemmän kuin koskaan”. Talousretoriikan valta-aseman myötä sosiaalisten oikeuksien katsottiin kutistuneen resurssikysymyksiksi.[18] Ilpo Helénin tulkinnan mukaan koko tapa ajatella terveyttä julkisena asiana oli muuttumassa, ja hyvinvointivaltion rajoja pyrittiin kaventamaan valtion velvollisuuksien purkamisella.[19] Vuosituhannen taitteen ideologinen murros merkitsikin näin ollen yksilön ja yhteiskunnan vastuiden uudelleenarviointia.

Kansan terveydestä individualistiseen vastuuseen

Suomalaisessa terveyttä koskevassa sanastossa tapahtui 1980-luvulla käänne, jota Matti Rimpelä on nimittänyt hiipiväksi muutokseksi.[20] Kun Suomi sitoutui WHO:n *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelman pioneerimaaksi vuonna 1982, ohjelman myötä suomalainen käsite *kansanterveystyö* alkoi korvautua uusilla termeillä *perusterveydenhuolto* ja *terveyden edistäminen*.[21] Perusterveydenhuolto-käsitteelle ei kansainvälisessä kirjallisuudessa muotoutunut yhtä vakiintunutta tulkintaa, ja suomalaisissa 1990-luvun terveysasiakirjoissa termillä alettiin viitata ennen muuta terveyskeskuksen palveluihin ja ensisijaisesti sairaanhoitoon.[22] *Terveyden edistämisen* merkitys todettiin puolestaan Suomessa 2000-luvun alussa edelleen pitkälti määrittelemättömäksi.[23] Marita Sihto on korostanut, että vaikka WHO:n piirissä painotettiinkin terveyden rakenteellisia ja sosiaalisia ehtoja, terveyden edistämiseen

17 Hänninen 2001, 19–21; Anttonen & Sipilä 2010, 113–115; Kettunen 2009a, 7.
18 Pajukoski 2011, 79.
19 Helén 2008, 147–148.
20 Rimpelä 2005, 54–62.
21 Hallituksen terveyspoliittinen selonteko eduskunnalle 26.3.1985; Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986; Rimpelä 2004, 68–69; Tervonen-Gonçalves 2013.
22 Rimpelä 2005, 58–59.
23 Rimpelä 2005, 59–60; Käsitemäärittelyjä 2008.

liittyvä kansainvälinen keskustelu oli lähtökohdaltaan individualisoivaa ja yksilön käyttäytymistä korostavaa.[24] Kun samalla *kansanterveystyö* katosi sosiaali- ja terveysministeriön dokumenteista, käsitemuutoksen voidaan katsoa merkinneen terveyspoliittinen painotuksen siirtymistä yksilökeskeiseen suuntaan. Koko kansan terveyden turvaamisesta näkökulma siirtyi yksilön hoitoonpääsyyn.[25]

Yksilön korostaminen näkyi myös siinä, että yksilölle alettiin sälyttää enemmän vastuuta omasta terveydestään. Valtion vastuun ja yksilölle annettujen oikeuksien pelättiin johtavan siihen, että yksilöt muuttuivat passiivisiksi hyvinvointipalveluiden vastaanottajiksi.[26] Vuonna 1986 laaditussa suomalaisen *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* -ohjelman esipuheessa korostettiin, että ”terveydenhuollon tehtävänä on aikaisempaa monipuolisemmin ja tarmokkaammin kannustaa ihmisiä etsimään ja löytämään omatoimisia ratkaisuja terveysongelmiin”. Samalla tosin korostettiin, että ”ihmisen oman vastuun painottaminen ei kuitenkaan saa merkitä lähimmäis- ja yhteisvastuun vähenemistä”.[27] Vuosituhannen taitteessa laaditussa *Terveyttä kaikille* -ohjelman jatkostrategiassa painotettiin niin ikään yksilön oikeuksien rinnalla yksilön vastuuta ja aktiivisuutta:

> (…) vastuu omaa elämää koskevien päätösten seurauksista tulisi aina olla korostetusti ihmisellä itsellään.[28]
>
> Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehitetään siten, että kaikilla on sosioekonomisesta asemasta tai syntyperästä huolimatta mahdollisuus saada ymmärrettävää tietoa oikeuksistaan ja myös vastuustaan terveydenhuollossa sekä yleistä tietoa terveydestä ja sen edistämisestä, sekä mahdollisuus vaikuttaa omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon.[29]

---

24 Sihto 2013, 23–26.
25 Rimpelä 2004, 71–72; Rimpelä 2005; Lehto 2013, 167.
26 Magnussen et al. 2009, 4–5.
27 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 4–5.
28 Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001, 22.
29 Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001, 28.

Ilpo Helén on korostanut, että yksilön vastuullistaminen muistuttaa 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alun pyrkimyksiä kansalaistaa ihmisiä terveysvalistuksen keinoin.[30] Pohjoismaiset terveystutkijat ovatkin kritisoineet englanninkieliseen ”new public health” -käsitteeseen kytkeytyvää ajatusta siitä, että terveyttä koskevan vastuun asettaminen yksilöille ja yksilön terveyskäyttäytymisen merkityksen korostaminen olisi tuore ilmiö.[31] Yhtäläisyyksistä huolimatta Helénin mukaan selvä ero on kuitenkin siinä, että – toisin kuin sata vuotta aiemmin – 2000-luvulle tultaessa ei vedottu kansalliseen tai sosiaaliseen velvollisuudentuntoon vaan yksilön katsottiin olevan vastuussa pääasiassa itselleen.[32] Toki voidaan myös tulkita niin, että 2000-luvulla tultaessa yksilön kansallinen vastuu määrittyi kansantaloudelliseksi, kilpailukykyä ja kustannusvastuuta koskevaksi argumentiksi.[33]

Individualistinen näkökulma, jossa sairautta tarkasteltiin yksilön autonomian ja henkilökohtaisen vastuun näkökulmasta, kytkeytyi osaltaan terveyttä ja sairastumista koskevaan keskusteluun omaksuttuun riski-käsitteeseen. Riskiajattelu liittyi tautikuvaa hallitsevien kroonisten sairauksien luonteeseen: vaikka sairauksien syntymekanismia ei tarkalleen tunnettu, voitiin osoittaa useita ns. riskitekijöitä, joita välttämällä näitä – käyttäytymissairauksiksikin nimitettyjä tauteja – oli mahdollista vähentää. Epidemiologisessa tarkastelussa väestöstä eroteltiin riskiryhmiä ja varsinkin erilaisten seulontatutkimusten avulla koko väestö oli mahdollista jakaa terveisiin, riskinalaisiin, sairaisiin ja kuntoutettaviin.[34] Marja-Leena Honkasalo on korostanut, että sydän- ja verisuonitauteja ehkäiseviin elämäntapamuutoksiin pyrkinyt Pohjois-Karjala -projekti (1972–1999) toi hallinnan ja riskin käsitteistön osaksi kaikkien suomalaisten arkea. Samalla, kun yksilö diagnosoitiin

30 Helén 2008, 152.
31 Vallgårda 2010, 609–614; Jauho 2007, 12–13. Käsitettä *new public health* ei ole omaksuttu suomen kieleen. Sihto 2013, 17. Käsitteestä: Petersen & Lupton 1996.
32 Helén 2008, 152.
33 Esim. Vallgårda 2003, 268–270.
34 Noro 1969, 60; KM 1971:B 4, 145–150; KM 1971:A 25, 29–30; KM 1976:94, 5–6, 29–30, 44, 47.

riskiryhmään kuuluvaksi, hänelle asetettiin henkilökohtainen vastuu elämäntapoja koskevista valinnoistaan.[35]

Terveyttä kaikille -ohjelmassa (1986) terveyspolitiikan avainkysymykseksi määriteltiin, "millä tavoin voidaan tuloksellisimmin vähentää elämäntapaan liittyviä terveysriskejä niissä väestöryhmissä, joissa riskit ovat suurimmat". Yksittäisinä riskiryhminä mainittiin mm. sosiaalisesti ongelmaiset odottavat äidit, kodittomat juopot sekä rajut viikonloppuryyppääjät. Samalla kuitenkin nostettiin esiin kysymys siitä, "missä määrin yhteiskunnalla on oikeus vaikuttaa ihmisen oikeuteen valita elämäntapansa, jos tämä tietää siihen liittyvät riskit". Ohjelmassa korostettiin, että terveellisten elintapojen edistämisessä oli vältettävä paitsi holhoavaa ja terrorisoivaa terveysintoilua, myös kohtuuttoman vastuun sälyttämistä yksilölle.[36]

Ajatukseen siitä, että elintavat ovat yksilön omia valintoja – eivätkä sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuvia selviytymisstrategioita[37] – kytkeytyi vuosituhannen taitteessa virinnyt keskustelu *itse aiheutetuista sairauksista*. Moraalisen vastuun ohella yksilöltä vaadittiin myös taloudellista vastuuta aiheuttamistaan hoitokuluista. Samalla vastikkeettomien sosiaaliavustusten oikeutus kyseenalaistettiin. Äärimmäisissä kannanotoissa vastuutonta elämäntapaa viettävät ehdotettiin jopa jätettäväksi julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle, kun taas kunnollisille ja vastuullisesti terveydestään huolehtiville suositeltiin rahallisia bonuksia.[38] Vuonna 1998 perustettu Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE korosti kuitenkin, että koko käsite *itse aiheutettu sairaus* oli harhaanjohtava: rajanveto omasta syystä tai ulkoisista syistä aiheutuneiden tautien välillä oli käytännössä mahdotonta, sillä elämäntavoiltaan mallikelpoisinkin saattoi sairastua. Ajatusta elämän ja terveyden hallinnasta sekä "vastuuttomien" heitteillejätöstä pidettiin ylipäätään kestämättömänä.

35 Honkasalo 2008, 17–22, 39. Riski-käsitteestä: Petersen & Lupton 1996, erit. 18–22, 47–55.
36 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 71–73, 92, 107–108.
37 Esim. Leppo 2008, 232.
38 Heikkilä 1994, 289; Aaltonen 1996, 13–15; Julkunen 2006, 185–186; Hänninen 2006, 13–27.

Lisäksi individualisoivaa näkemystä kritisoitiin sosiaalisten olojen ja rakenteiden sivuuttamisesta.[39]

Hoitoonpääsy yksilön oikeussuhteena ja kuluttajan valinnanvapautena

Kansalaisten sosiaalisten oikeuksien kannalta periaatteessa merkittävä uudistus oli potilaan oikeuksia koskevan lain säätäminen vuonna 1992 sekä terveyttä koskevien perusoikeuksien kirjaaminen perustuslakiin (1995, 1999). Uusien säännösten mukaan:

> Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. (…) Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.[40]
>
> Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.[41]

Säädösten korostamaa yksilön oikeutta palveluihin tehostettiin edelleen vuonna 2005 säädetyllä hoitotakuulla, joka asetti määräajat hoitoonpääsylle.[42]

Uusien lakien konkreettista merkitystä horjutti kuitenkin säännösten ei-sitova ja ehdollinen luonne. Perustuslain säädäntöprosessia tutkineen Sakari Hännisen mukaan 1990-luvun lakiuudistus oli

39 Autonomia ja heitteillejättö – eettistä rajankäyntiä 2004.
40 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 no 785, § 3.
41 Laki Suomen Hallitusmuodon muuttamisesta 17.7.1995 no 969, § 15 a; Suomen perustuslaki 11.6.1999 no 731, § 19.
42 Mattila 2011, 230–241.

kompromissi, jonka lopputuloksena sosiaalisia oikeuksia ei – maksutonta perusopetusta ja välttämätöntä toimeentuloa lukuun ottamatta – kirjattu yksilön subjektiivisina oikeuksina vaan julistuksenomaisina, julkiselle vallalle asetettuina tavoitteellisina toimeksiantoina. Esimerkiksi valtiovarainministeriön näkemys vuonna 1992 oli, että jäykät säännökset jarruttivat kehitystä ja että kansantalouden kannalta olisi pikemminkin pitänyt luoda mahdollisuuksia perusoikeuksien rajoittamiseen. Sen sijaan sosiaali- ja terveyshallitus korosti perusoikeuksen turvaamisen tärkeyttä juuri lama-aikana ja sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan ehdotti selvitystä siitä, mitkä sosiaaliset oikeudet olivat subjektiivisia.[43] Hännisen tulkinnan mukaan lakiesitys meni läpi, koska vastustajat katsoivat, ettei säädöksellä oikeuksien ”vapaan leijuvuuden” ja yleisyytensä takia ollut käytännön vaikutuksia.[44] Sosiaalisia oikeuksia ei siis ymmärretty ehdottomiksi vaan ne voitiin kyseenalaistaa vetoamalla esimerkiksi taloudelliseen tehokkuuteen.[45] Jo itse lakitekstissä todettiin, että taloudelliset voimavarat asettivat raamit terveyspalveluiden saamiselle, ja sanamuoto *riittävien* palveluiden turvaamisesta *sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään* lisäsi osaltaan tulkinnanvaraisuutta – etenkin kun esimerkiksi vanhustenhuollon alalla ei tuolloin edes ollut ”tarkemmin säätelevää lakia”.[46]

Toomas Kotkas on korostanut, että sosiaalisten oikeuksien ehdollisuuden ja diskursiivisuuden kääntöpuolena yksilön menettelyllisiä oikeuksia eli etuuksien hakemiseen ja myönnetyn palvelun toteuttamisen tapaan liittyviä oikeuksia alettiin vahvistaa.[47] Enimmäisaikasäännökset loivat yksilölle oikeudellisia perusteluja palveluiden vaatimiseen, ja 1990-luvun puolivälissä hallintotuomioistuimissa alkoi esiintyä vaateita hoitoonpääsystä ja maksusitoumuksista.[48] Perusoikeusuudistuksen myötä terveyspalveluita alettiin tarkastella kuntalaisen ja kunnan

43 Hänninen 2010, 191–198; Pajukoski 2011, 98.
44 Hänninen 2010, 196–204.
45 Kotkas 2009, 211–212.
46 Hänninen 2010, 196–214, 222–224; Leppo 2013, 94; Metteri 2012, 33–38, 199–200. Ns. vanhuspalvelulaki säädettiin vuonna 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012 no 980.
47 Kotkas 2009.
48 Kotkas 2009, 214–216. Myös: Aalto 1986, 9–12.

välisenä oikeussuhteena ja hallintoriita-asiana.[49] Samalla kansalaisen edellytettiin aktiivisesti itse huolehtivan oikeuksiensa toteutumisesta. Marja Pajukoski onkin huomauttanut, että sosiaalisten oikeuksien toteutumisen esteenä voi olla se, ettei asiakas selviä niistä prosesseista, jotka ovat palvelun tai etuuden saamisen edellytyksenä.[50] Yrjö Mattilan tulkinnan mukaan hoitotakuu edellyttää kansalaista ”joka ei alistu, vaikka tulee torjutuksi”. Siten vaarana on, että ”hiljaiset ja vähään tyytyvät” saavat puutteellista hoitoa.[51]

Candace Johnson Reddenin tulkinnan mukaan prosessissa on kyse siitä, että terveyttä oikeutena koskevat vaatimukset alkoivat muuttua moraalisista odotuksista ja normatiivisista vaatimuksista yksilöä koskevaksi juridiseksi asiaksi.[52] Kansalaisuus alkoi määrittyä *oikeuden* eikä *oikeutettuna olemisen* kautta,[53] ja yhteiskuntasopimuksen sopimusluonne ja vastavuoroisuus korostuivat.[54] Raija Julkunen on havainnut muutoksessa periaatteellisen siirtymän sosiaalisesta oikeudelliseen sfääriin. Hänen mukaansa pohjoismaisen hyvinvointivaltion sosiaaliset oikeudet muotoutuivat valtion ja kansalaisen suhteessa ja perustuivat yhteiskunnan kokonaisvastuuseen tasa-arvon, oikeudenmukaisuuden ja solidaarisuuden ihanteiden toteutumisesta kansalaisten elämäntilanteissa. Sen sijaan uudessa tilanteessa sosiaaliset oikeudet liukuivat yhteiskunnan kokonaisvastuusta kohti ”oikeuksia omistavan” yksilön määriteltyjä vaatimusoikeuksia. Julkusen mukaan muutokseen kytkeytyi mentaalinen siirtymä ”yhteiskuntaan luottavasta kansalaisesta kohti oikeuksistaan tietoista sosiaalipolitiikan kuluttajaa”.[55]

Oikeudellistumiskehityksen kanssa rinnakkainen prosessi oli markkinatalouden käsitteistön yleistyminen terveyttä koskevassa keskustelussa: kansalaisen sijaan alettiin puhua *asiakkaasta* tai *kuluttajasta.* Samalla kilpailun- ja valinnanvapaus nousi terveyspalveluiden tuotannon ja kulutuksen tavoitteeksi.[56] Käsitemuutokset viittaavat

49 Mattila 2011, 226.
50 Pajukoski 2011, 95.
51 Mattila 2011, 251. Myös: Niiranen 2000, 17.
52 Redden 2002, 116–119.
53 Helén 2008, 152–153.
54 Nilssen & Kildal 2009, 303–321. Myös: Mead 1997, 1–38.
55 Julkunen 2006, 190–191,196.
56 Julkunen 2006; Koivusalo, Ollila & Alanko 2009a.

siihen, että terveyspalvelut alettiin tulkita muihin tavaroihin verrattaviksi hyödykkeiksi. Kuluttajanäkökulma kytkeytyi osaltaan yksityispalveluiden yleistymiseen, joiden suhteen juridisesti nojauduttiin kuluttajanoikeuksiin.[57] Meri Koivusalo kollegoineen on arvioinut kuluttajalähtöisyyden vauhdittaneen terveyspalveluiden eriytymistä:

> Mitä enemmän kansalaisten valinta tai kuluttajalähtöisyys ohjaa terveyspalveluita, sitä enemmän kasvaa riski siitä, että palveluiden saatavuus eriytyy sen mukaan, mitä kansalaiset osaavat, haluavat ja pystyvät vaatimaan. Kansalaisten asemaa valitsijoina parantavat hyvä koulutus ja terveys, kun taas sitä huonontavat esimerkiksi koulutuksen puute, ikääntyminen ja mielenterveysongelmat.[58]

Olavi Riihinen on korostanut, että yksilöllisyyttä korostavaan ajatteluun sopii huonosti pyrkimys kaikkien kansalaisten riittävään sosiaaliseen turvallisuuteen.[59] Jonathan Tritter on kiinnittänyt huomiota WHO:n julistukseen (1994), jossa todetaan, että potilaiden oikeuksien käsittelyssä tulisi erottaa toisistaan sosiaaliset oikeudet ja yksilöä koskevat (individual) oikeudet. WHO tulkitsi sosiaaliset oikeudet kollektiivisiksi, koko väestöä koskeviksi ja yhteiskuntaa velvoittaviksi, poliittisen arvioinnin kohteena oleviksi, terveyspalveluiden tasa-arvoiseen saatavuuteen liittyviksi oikeuksiksi. Julistuksessaan WHO kiinnitti kuitenkin päähuomion yksilön oikeuksiin, joiden – kuten esimerkiksi oikeuden hoidon valintaan ja ihmisarvoiseen kohteluun – todettiin olevan helpommin absoluuttisina määriteltävissä ja täytäntöönpanoltaan yksilökohtaisesti valvottavissa. Perinteisen yhteisöllisen, palvelujärjestelmille asetettuihin velvoitteisiin perustuvan näkökulman rinnalle noussut yksilön ensisijaisuutta korostava potilaan oikeuksien näkökulma kertookin Tritterin mukaan yksilöllisyyden ja kollektiivisuuden välisestä jännitteestä.[60]

57 Ollila & Koivusalo 2009, 37.
58 Koivusalo, Ollila & Alanko 2009b, 276–277.
59 Riihinen 2011, 113.
60 WHO. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe 1994, 5–6; Tritter 2009, 219–221; Ollila & Koivusalo 2009, 37.

2. PALVELUJÄRJESTELMÄN POLARISOITUMINEN

Palveluiden käytön kannustamisesta julkisen järjestelmän rajoittamiseen

> Suomalainen terveyspolitiikka on mitä ilmeisimmin lähestymässä merkittävää asenteellista käännekohtaa. On aika siirtyä terveyden valvomisesta terveyden vaalimiseen. Vuosikymmeniä olemme keskittyneet mahdollisimman hyvän terveyspalvelujärjestelmän rakentamiseen. (...) Mutta kun talo alkaa olla valmis asuttavaksi, on aika löysätä valvontaa ja antaa tilaa yksilöllisille ratkaisuille, henkilökohtaiselle vastuulle ja kaikelle sille, mitä olemme tottuneet kutsumaan luovuudeksi.[61]

Terveyttä kaikille -ohjelman esipuheessa vuonna 1986 sosiaali- ja terveysministeri Eeva Kuuskoski-Vikatmaa näki terveyspalvelujen rakentamisprojektin olevan likipitäen valmis. Esimerkiksi sairaalasijojen kokonaismäärää ei ohjelman mukaan ollut tarvetta lisätä, ja suunnitelma kohdistuikin vain yleis-, mieli- ja terveyskeskussairaaloiden

61 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 5. Alkuperäisen tekstin kappalejako poistettu.

paikkojen keskinäiseen uusjakoon.[62] Juhani Lehto ja Peter Blomster ovatkin korostaneet, että henkilöstön ja menojen kasvu ajateltiin voitavan pysäyttää vuosituhannen taitteessa. 1990-luvun taloudellinen lama vauhditti osaltaan jatkuvan kasvun ajatuksen korvautumista toimintojen ja resurssien hallinnalla – tai niiden alasajolla.[63]

Ilmo Keskimäen tulkinnan mukaan 1990-luvulle tultaessa suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän omakuva oli itsetyytyväinen: palvelujärjestelmää pidettiin poikkeuksellisen laadukkaana ja oikeudenmukaisena, ja palveluiden peittävyydessä todettiin saavutetun haluttu taso.[64] Itse asiassa jo 1970-luvulla lääkinnällisen elintason arvioitiin yltäneen siihen vaiheeseen, ettei uusia massalääkinnän alueita ollut kartoittamatta. Koko kansan kattavien työmuotojen kuten äitiyshuollon ja keuhkokuvausten osalta jo tuolloin alettiin pohtia toiminnan rajaamista.[65] Terveydenhuollon tasa-arvoa tutkinut Kauko Nyman totesikin vuonna 1993, että "palvelujen käytön lisääminen sinänsä ei ole julkisen terveyspolitiikan tavoite".[66]

Paluu kunnalliseen päätösvaltaan sallii paikalliset palveluerot

Kun palveluiden käytön katsottiin olevan riittävällä tasolla, myös terveyspalveluiden valvonta ja yhdenmukaistava ohjeistus alettiin nähdä tarpeettomaksi. Terveyspalvelujärjestelmän valtiollinen ohjaus purettiin nopeassa tahdissa 1990-luvun alussa. Lääkintöhallitus ja sosiaalihallitus yhdistettiin vuonna 1991 sosiaali- ja terveyshallitukseksi, joka puolestaan lakkautettiin heti seuraavana vuonna. Käytännössä muutos merkitsi lääkintöhallituksen antamien ohjeiden kumoutumista. Hallinnollisen viraston sijaan uudeksi toimielimeksi perustettiin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES), jolla ei ollut ohjaus- eikä valvontatehtäviä vaan pelkästään tietoa välittävä

62 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 113.
63 Lehto & Blomster 1999; Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1993, 13; Linnakko 1990, 22–26; Nylander 2008, 439–440.
64 Keskimäki 2010, 201–202, 206.
65 Vauhkonen 1969, 77; SVT XI:72–73 1969–70, 45, 143; SVT XI:74 1971–77, 49.
66 Nyman 1993, 117.

rooli.[67] Olli Nylander onkin todennut, että lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen jäi vain joukko lakeja ja asetuksia, mutta toiminnan ohjaus oli kunkin kunnan omissa käsissä.[68] Muutosta perusteltiin osaltaan kansanvaltaisuuden lisäämisellä, sillä konservatiiviseksi ja kankeaksi kritisoidun lääkintöhallituksen tiukan normiohjauksen koettiin rajoittavan kunnallista itsehallintoa.[69] Argumentoinnissa on nähtävissä yhtymäkohtia 1900-luvun alun keskusteluun, jolloin valtiojohtoisuus nähtiin virkavaltaisuudeksi ja joustamattomuudeksi, ja paikallisen aloitteellisuuden varassa rakentuva terveyspalvelujärjestelmä asetettiin tavoitteeksi.

Kuntien vapautta terveyspalveluiden järjestämiseen lisäsi vuoden 1993 alussa toteutettu valtionosuusuudistus. Kun aiemmin valtion osoittamat varat piti käyttää kunnissa valtakunnallisten suunnitelmien mukaisesti, uudistuksen jälkeen valtionosuudet maksettiin laskennallisin perustein eikä rahoja enää korvamerkitty erityisiin tarkoituksiin. Kunnat saattoivat siis itse päättää varojen käytöstä ja järjestää palvelut haluamallaan tavalla.[70] Teppo Kröger on todennut uudistuksen käytännössä merkinneen kuntakohtaisten palveluerojen hyväksymistä.[71] Niemisen, Henrikssonin ja Wreden tulkinnan mukaan keskitetyn valtionohjauksen purkaminen palautti terveyspalveluiden ohjauksen 1930–1940-lukujen murrosta edeltävälle kaudelle, jolloin kuntakohtaiset erot olivat suuret ja toimenpiteet riippuivat päätöksentekijöiden omasta aktiivisuudesta.[72]

Normien purkaminen, hallinnon hajauttaminen ja päätäntävallan siirto olivat osa OECD:n myötävaikutuksella omaksuttua hallinnon johtamisoppia, josta käytettiin nimitystä *new public management*. Kun samanaikaisesti uusliberalistiset talousopit painottivat valtion mahdollisimman vähäistä puuttumista markkinoiden toimintaan ja korostivat julkisen sektorin tehottomuutta ja kalleutta, ratkaisua haettiin yksityispalveluista ja palvelutuotannon rakenteellisista muu-

67 Tiitta 2009, 460–501; Mattila 2011, 193–201.
68 Nylander 2008, 440.
69 Tiitta 2009, 466–467.
70 Tiitta 2009, 460–461; Mattila 2011, 193–205.
71 Kröger 1996, 27.
72 Nieminen, Henriksson & Wrede 2004, 14–15.

toksista.[73] Valtionosuusuudistus laajensikin kunnille vuonna 1984 myönnettyä mahdollisuutta ostaa palveluita yksityiseltä sektorilta.[74]

Terveyskeskusjärjestelmän rapautuminen – työterveyshuollon ja yksityispalveluiden läpimurto

Kun YK:n komitea arvioi vuonna 2000 taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien toteutumista Suomessa, loppuraportti nosti esiin huolen julkisen terveydenhuollon tason laskusta:

> Komitea on pettynyt julkisen terveydenhoitojärjestelmän heikkenemiseen, joka on seurannut valtion terveydenhoitoon käyttämien varojen leikkauksista.
>
> Komitea on erityisesti huolissaan siitä, että eräät kunnat eivät osoita riittävästi varoja terveydenhoitopalveluihin. Tästä on seurannut asuinpaikasta riippuvat, tasoltaan epätasa-arvoiset terveydenhoitopalvelut, mistä on haittaa erityisesti lapsille, liikunta- ja kehitysvammaisille ja vanhuksille.[75]

Lama, kuntien itsehallinto ja valtiollisen ohjauksen purkaminen loivat Olli Nylanderin mukaan terveyspalveluiden kentälle kustannustehokkuuteen nojaavan ”kauhun tasapainon”.[76] Kuntien toimintavapauksien lisäämisen myötä nimenomaan terveyskeskuspalveluiden todettiin rapautuneen. Terveyskeskuslääkäri ja kansanterveystieteen tutkija Simo Kokko arvioi terveyskeskusjärjestelmän toimivuutta ennen lamaa seuraavasti: kansainvälisesti ottaen terveyskeskukset tuottivat laadukkaita palveluita varsin edullisesti, ja varsinkin maaseudulla pitkät hoitosuhteet sekä riittävä lääkärimäärä takasivat potilaiden

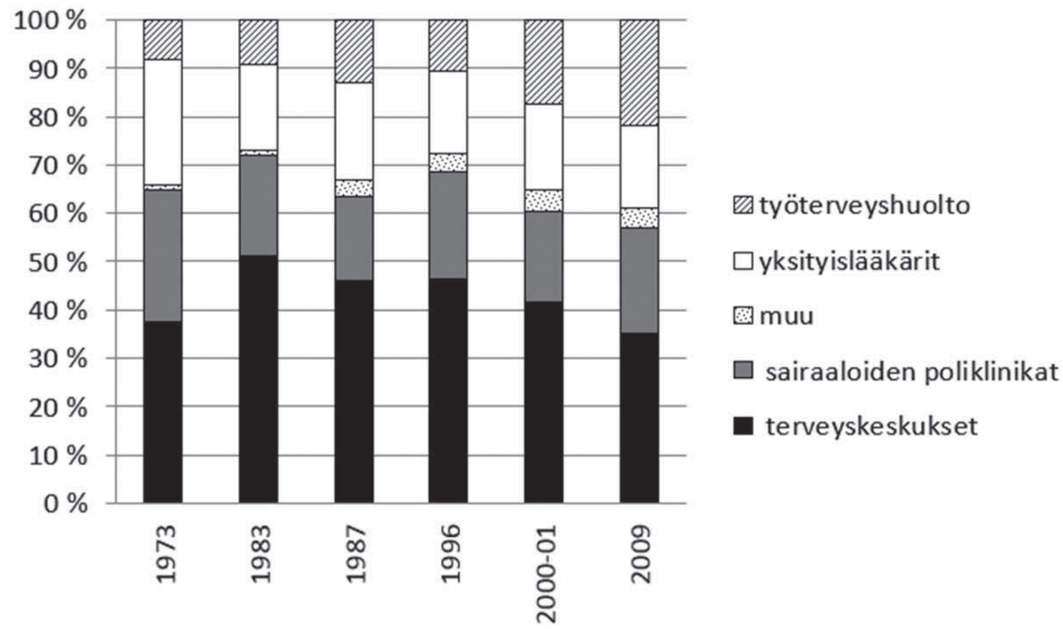
73 Julkunen 2006, 77–104; Lehto 1990, 5–8; Ruokola 1990, 14–17; Ollila & Koivusalo 2009, 23–26.
74 Kärkkäinen 1983, 42–46; Ollila & Koivusalo 2009, 28–34; Mattila 2011, 252–253.
75 YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitean viimeisimmät Suomea koskevat päätelmät ja suositukset 01/12/2000.
76 Nylander 2008, 440.

tyytyväisyyden. Sen sijaan suurimmissa kaupungeissa kiireettömälle vastaanotolle jouduttiin lääkäripulan takia odottamaan 2-3 viikkoa, jolloin potilaspaine kasautui päivystysvastaanotoille ja toisaalta yksityiselle sektorille. Kokko totesikin, että suurten kaupunkien massiivisista yksiköistä oli tullut kansanterveyslain ongelmallisuuden näyteikkunoita.[77] *Terveyttä kaikille* -ohjelmassa (1986) tavoitteeksi asetettiin juuri suurten kaupunkien avohoidon jälkeenjääneisyyden poistaminen. Matti Rimpelä on kuitenkin korostanut, etteivät kaupungit ehtineet saada kansanterveystyötään toimivaksi ennen kuin valtion tuki lamavuosina supistui.[78]

Kun terveyspalveluiden sisällä resurssit kohdistettiin erikoissairaanhoitoon, alan ammattilaisten silmissä terveyskeskukset alettiin nähdä ei-toivottuna, huonosti palkattuna työpaikkana. Terveyskeskusten kriisiytyminen miellettiin ennen muuta avosairaanhoidon toimimattomuudeksi. Niukkenevien resurssien myötä erityisesti ennaltaehkäisevästä työstä tingittiin. Rimpelän mukaan ajatus väestön säännöllisistä terveystarkastuksista katosi suunnitteluasiakirjoista 1980-luvun lopulla ja terveyden edistämiseen tähtäävä toiminta siirtyi terveyspalveluiden ulkopuolelle.[79]

Terveyspalveluiden käyttöä kuvaavat tilastotiedot (kuvio 25) kertovat osaltaan terveyskeskusjärjestelmän aseman vähittäisestä kutistumisesta. Terveyskeskuskäyntien osuus kääntyi jo 1980-luvun lopulla laskuun ja aleni 2000-luvun alussa kansanterveyslain alkuvuosia alhaisemmalle tasolle. Samanaikaisesti sairausvakuutuksen tukemana yksityisen sektorin ja työterveyshuollon yhteenlaskettu osuus lääkärissäkäynneistä kasvoi – 1990-luvun lamavuosia lukuun ottamatta – jatkuvasti.[80]

77 Kokko 1990, 9–11, 55, 95. Myös: Hyvönen 1982, 71–75.
78 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 107, 110, 112; Rimpelä 2004, 84.
79 Rimpelä 2004, 69–77, 81–82; Puro 2007, 2053–2054.
80 Järviö & Luoma 1999, 13; Häkkinen & Ahla 2006, 35–37; Manderbacka et al. 2007, 181–182.



Kuvio 25. Lääkärissäkäynnit palvelumuodoittain, (%) 1973–2009[81]

Terveyttä kaikille -ohjelma lähti vuonna 1986 siitä, että yksityissektoria tarvittiin julkisia palveluita täydentävänä palveluntarjoajana. Tuolloin laskettiin, että avohoidon lääkäripalveluista neljännes ja aikuisväestön hammaslääkäripalveluista peräti 3/4 tuotettiin yksityissektorilla.[82] Simo Kokko on kuvannut yksityissektorin muuttumista seuraavasti: aiemmin yksityisistä vastaanotoista ei ollut ylitarjontaa ja potilaita riitti kaikille, mutta 1980-luvun aikana yksityisvastaanoton mainontarajoituksia alettiin kiertää, kun yksityisen lääkärin sijaan mainostajana toimi lääkärikeskus.[83] 2000-luvun uutena ilmiönä nähtiin yksityisten terveyspalveluiden keskittyminen ja kansainvälistyminen, kun yksityisyrittäjien ja pienten paikallisten toimijoiden sijaan palveluita tarjosivat pääomasijoittajien omistamat pörssiyhtiöt.[84] Rajanvetoa julkisen ja yksityisen terveyssektorin välillä hämärsi vuosituhannen taitteessa vuokra- eli keikkalääkäreiden yleistyminen kuntien tervey-

81 Kategoriaan ”muu” on sisällytetty laitossairaalat ja opiskelijoiden terveydenhoito. Häkkinen 1986, 19; Häkkinen & Ahla 2006, 36; Häkkinen & Nguyen 2010.
82 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 106.
83 Kokko 1990, 40–44.
84 Lehto 2013, 166.

denhuollossa.[85] Vuonna 2013 laskettiin, että terveyskeskuslääkäreistä jo 11 prosenttia oli vuokrafirmojen palkkalistoilla, ja koko lääkärityövoimasta kolmannes oli tuolloin yksityisen työnantajan palveluksessa.[86]

Sakari Hänninen on vuosien 1995–2005 terveydenhuollon kustannusten pohjalta todennut, että samanaikaisesti, kun julkisen talouden säästöt kohdistuivat julkiseen perusterveydenhuoltoon, voimavaroja kohdennettiin työterveyshuoltoon.[87] Työterveyshuolto miellettiin 1980–1990-luvuilla olennaisena osana terveyspalveluverkkoa ja se nähtiin väestön työkykyisyyden edellytyksenä:

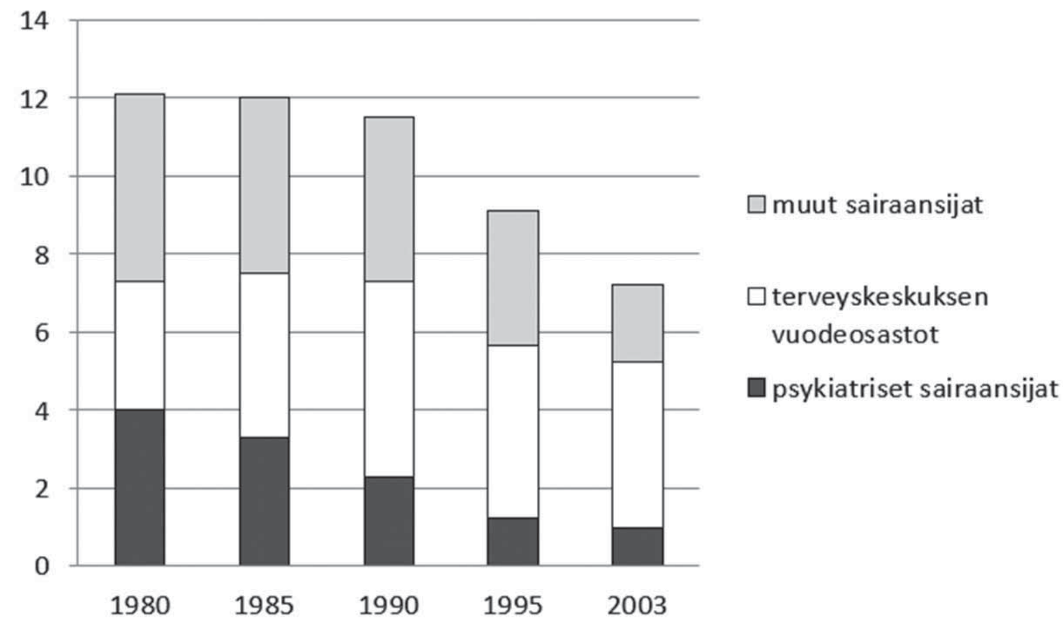
> Työterveyshuolto tavoittaa työssä käyvän väestön tehokkaammin kuin julkinen terveydenhuolto. Sen vuoksi työterveyshuollon yhteydessä toteutettavia sairaanhoitopalveluita on tarkasteltava keskeisenä osana perusterveydenhuollon palveluverkkoa. (…) Kun yhä edelleen keskimääräinen eläkkeelle jäämisikä on Suomessa noin 59 vuotta, on kaikki mahdolliset voimavarat keskitettävä siihen, että työntekijät voivat jatkaa työkykyisinä työelämässä mahdollisimman pitkään. Työterveyshuoltotoiminta on tässä hyvin keskeisessä asemassa.[88]

Täystyöllisyyden oletukselle rakentunut ajatus työterveydestä koko väestön hoitokanavana ei 1990-luvun massatyöttömyyden oloissa toteutunut. Työttömien ohella pätkätyösuhteessa olevat jäivät niukimpien palveluiden varaan tai jopa kokonaan niiden ulkopuolelle.[89] Perustamisajankohtansa tavoitteiden vastaisesti työterveyshuoltojärjestelmän katsottiin siten pikemmin kasvattavan työikäisen väestön terveyseroja kuin kaventavan niitä.[90] Vuonna 1993 julkaistussa terveyden tasa-arvoa tarkastelevassa tutkimuksessa todettiinkin, että ”mahdollisesti kasvava palvelujärjestelmän kaksijakoisuus ei voine olla terveys- ja sosiaalipo-

85 Saloheimo & Vuorenkoski 2003, 977–978; Hakosalo 2010.
86 Lääkärit Suomessa. Tilastotietoa lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2013, 24, 28.
87 Hänninen 2009, 50.
88 VP HE 107/1994. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta. Käytän vuodesta 1991 lähtien digitoiduista asiakirjoista (http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/akxhaku.sh?lyh=%27%27?kieli=su) aiemmasta poikkeavaa merkintätapaa, jossa lyhenteen VP jälkeen on sivuston käyttämä asiakirjan tunnus.
89 Keskimäki 2010, 204–206; Manderbacka et al. 2006, 45–46; Virtanen 2013, 315.
90 Virtanen 2013, 316, 318; Virtanen & Mattila 2011, 3583–3588.

liittisten tasa-arvotavoitteiden mukaista”.[91] Yksittäiseksi ehdotukseksi jäi ajatus siitä, että työttömäksi jäänyt voisi jatkaa entisen työnantajan järjestämän työterveyshuollon asiakkaana Kansaneläkelaitoksen ja työmarkkinaosapuolten välisten rahoitusjärjestelyjen kautta.[92]

Sairaalalaitoksen osalta 1900-luvun loppuvuodet merkitsivät käännettä, sillä – samoin kuin kaikissa länsimaissa – Suomessakin hoitojaksot lyhenivät lääkehoidon ja leikkaustekniikoiden kehittyessä ja avohoitopainotteisuus karsi sairaansijoja.[93] 1970-lukuun verrattuna synnytysosastojen määrä väheni alle puoleen ja suurempiin yksiköihin keskittyminen näkyi synnytysmatkojen pituuden kasvuna.[94] Kuviossa 26 sairaansijojen vähenemisen dramaattisuutta lisää osaltaan tilastoperusteiden muutos, jonka takia tuoreimpien lukujen osalta on jouduttu nojautumaan todellisia sairaansijoja alhaisempiin ns. laskennallisiin sairaansijoihin.[95]



Kuvio 26. Sairaansijat 1000 asukasta kohden 1980–2003[96]

91 Nyman 1993, 119.
92 Pakkala 1993, 39.
93 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1993, 40; OECD Health at a Glance. OECD 2001, 34–37, 76, 82.
94 Manderbacka et al. 2006, 51–52.
95 Vuodepaikkojen lukumäärä saadaan jakamalla vuoden hoitopäivien lukumäärä 365:llä. STV Terveys. Terveydenhuollon trendit 2004, 102.
96 Lukuihin eivät sisälly ns. laitossairaalat. Vuodet 1980–1990: Suomen sairaalatilasto 1992, 6. Vuosi 1995: STV 1999, 448–449. Terveyskeskusta koskeva luku on

Rajuin muutos tapahtui psykiatrisessa laitoshoidossa: hoitopäivien vuosittainen määrä väheni vuosina 1970–1999 peräti 75 prosenttia, mikä sairaansijoina merkitsi yli 14 000 hoitopaikan vähennystä.[97] Mielisairaalat alettiin 1970-luvun lopulta lähtien mieltää kalliiksi, epäinhimilliseksi ja hoidollisesti tehottomiksi laitoksiksi.[98] Laitoskeskeisyyden ohella ongelmana koettiin 1980-luvulla alan eriytyneisyys sekä resurssien vähäisyys. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Erkki Kivalo korosti vuonna 1982, että ”tänä päivänä ei kansalainen, jolle tulee mielenterveyshäiriö, ole samanarvoinen terveydenhuollon palvelusten suhteen kuin muut sairastuneet”.[99]

Psykiatrisilta osastoilta siirrettiin 1980–1990-luvuilla sosiaalihuollon laitoksiin ja asuntoloihin kehitysvammaisia, dementikkoja ja vanhuksia. Pitkäaikaissairaiden hoitoa koskevan vastuun siirtämistä terveydenhuollosta sosiaalihuoltoon voidaan pitää päinvastaisena kehityssuuntana 1960-luvulla omaksutuille tavoitteille. Kun korvaavien psykiatristen avopalveluiden tarjonta koettiin riittämättömäksi, laitospaikkojen vähentämisen on katsottu tapahtuneen osin hallitsemattomasti.[100]

---

vuodelta 1996. Pelanteri & Nenonen 1998. Vuosi 2003: STV Terveys. Terveydenhuollon trendit 2004, 103, 139; STV 2012, 96, 517.

97 Psykiatrian erikoisalan laitoshoito Suomessa 2001.

98 Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 11–16.

99 Kivalo 1982, 2–4.

100 Nenonen, Pelanteri & Rasilainen 2000, 5; Lehto 1998, 416; Helén & Hämäläinen & Metteri 2011, 43.

3. TERVEYSMENOJEN TASAUKSESTA KASVAVAAN ERIARVOISTUMISEEN

Tavoitteen ja käytännön erot: kotitalouksien rahoitusosuuden nousu

Terveyttä kaikille -ohjelma (1986) korosti yhteiskunnallisen tasa-arvon tavoitetta ja asetti ohjenuorakseen terveyserojen kaventamisen:

> Paras mahdollinen terveystaso *kaikille* merkitsee sitä, että erityistä huomiota kiinnitetään (…) väestöryhmittäisten erojen vähentämiseen.[101]

> Ensisijaisesti on huolehdittava huono-osaisten yksilöiden ja väestöryhmien tarpeista sekä kansalaisten tasa-arvoisuudesta siten, etteivät taloudelliset tekijät muodosta estettä terveyspalveluiden tarkoituksenmukaiselle käytölle.[102]

Ohjelmassa korostettiin kuitenkin, että tavoitteiden toteutuminen oli osaltaan riippuvainen taloudellisista voimavaroista sekä terveys-

101 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 27. Kursivointi alkuperäinen.
102 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 69.

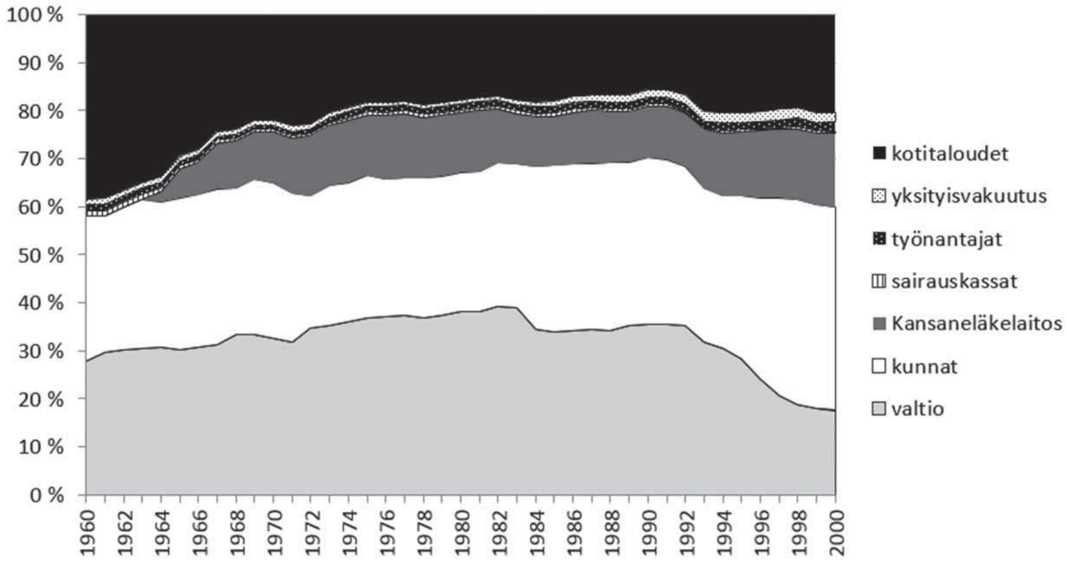
politiikan asemasta poliittisessa päätöksenteossa.[103] Jo ohjelmaa tarkistettaessa vuonna 1993 esille nousi huoli kiristyvän taloustilanteen seurauksista:

> Taloudelliset paineet ovat johtaneet pyrkimyksiin kasvattaa potilasmaksuja. Tämä on ristiriidassa terveydellisen tasa-arvon lisäämistavoitteen kanssa.[104]

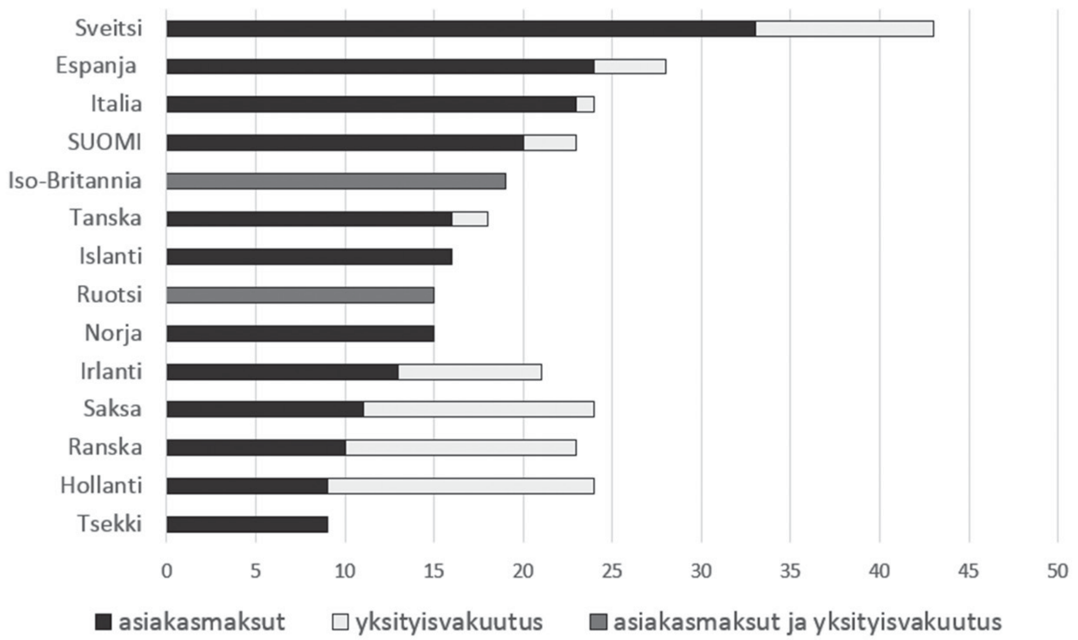
Terveydenhuoltomenojen rahoituksessa tapahtui 1990-luvun alussa käänne, joka muutti vuosikymmeniä jatkuneen, julkisen vallan vastuuta korostavaan kehityslinjan (kuvio 27). Vuosien 1987–1996 aikana kotitalouksien maksamien terveyskulujen laskettiin lisääntyneen peräti viidenneksellä,[105] mikä heijastaa yksilön ja yhteiskunnan välisten velvollisuuksien uudelleenmäärittelyä. Kansainväliset terveysmenovertailut osoittivat, että Suomessa kotitalouksien maksuosuudet olivat 2000-luvulle tultaessa muita Pohjoismaita korkeammalla tasolla (kuvio 28).

Vaikka yksityisvakuutuksen osuus terveydenhuoltomenoista oli Suomessa edelleen alhainen, merkillepantavaa on, että yksityisvakuutuksen maksuosuus kääntyi kasvuun ja sen piiriin kuului 2000-luvulle tultaessa noin 500 000 henkilöä. Se, että yksityisvakuutuksia hankittiin varsinkin lapsille, kertoo osaltaan julkista terveysturvaa koskevasta epäluottamuksesta ja yksilön oman vastuun korostamisesta.[106] Kun yksityisvakuutukset rajasivat suuririskisimmät yksilöt järjestelmänsä ulkopuolelle, terveyden tasa-arvon kannalta niiden yleistyminen on todettu ongelmalliseksi.[107]

103 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1986, 127–128.
104 Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1993, 19.
105 Niemelä & Salminen 2006, 17–21; Mattila 2011, 205–219.
106 Mattila 2011, 293–295; Helén 2008, 148.
107 Esim. Saari 2003, 13.



Kuvio 27. Terveydenhuoltomenojen rahoitus (%) 1960–2000[108]



Kuvio 28. Asiakasmaksujen ja yksityisvakuutuksen osuus (%) terveydenhuollon rahoituksesta eräissä OECD-maissa vuonna 2000[109]

108 STV Terveys. Terveydenhuollon trendit 2004, 202.

109 OECD Health at a Glance. OECD indicators 2003, 128. Ruotsin ja Iso-Britannian osalta kotitalouksien ja yksityisvakuutuksen keskinäisiä osuuksia ei ole tilastossa eritelty. Näiden maiden osalta ilmoitettuun kokonaislukuun sisältyy myös yhdistysten ja yritysten maksama osuus.

Terveyskeskusmaksut pysyviksi 1993 – työterveyshuollon maksut poikkeuksena

Merkittävä kotitalouksien maksuosuuden kasvuun vaikuttanut päätös oli valtionosuusuudistuksen yhteydessä vuonna 1991 hyväksytty lähtökohta sosiaali- ja terveyspalveluiden maksullisuudesta. Kun aiemmin maksuja voitiin periä vain erikseen laissa tai asetuksessa niin säädettäessä, uusi laki oli lähtökohdaltaan päinvastainen: maksuttomuudesta tuli säätää erikseen ja muutoin kunnalliset palvelut määriteltiin maksullisiksi. Samalla kunnille annettiin päätösvaltaa maksujen suuruudesta.[110]

Elokuussa 1992 hyväksytty, vuoden 1993 alusta voimaantulevaksi säädetty laki sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista määritteli terveyskeskuksen peruspalveluista maksullisiksi vain röntgen- ja laboratoriotutkimukset, joten laki ei tältä osin herättänyt juurikaan keskustelua. Kun kunnalliset keskusjärjestöt kuitenkin vaativat maksuja myös terveyskeskuksen lääkärikäynteihin, hallitus teki lakimuutosesityksen loppuvuonna 1992. Yrjö Mattila on kiinnittänyt huomiota siihen, että kunnallisjärjestöjen vaatimus toteutettiin viivyttelemättä, terveyskeskusmaksujen periaatteellisesta ideologisesta merkityksestä huolimatta.[111] Taloudellisen laman vallitessa hallitus perusteli terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluiden sekä kotisairaanhoidon asettamista maksulliseksi julkisen talouden tasapainon parantamisella. Päällekkäisten maksujen karsimiseksi jo aiemmin hyväksytyt laboratorio- ja röntgenmaksut poistettiin lakiesityksestä, ja ehdotuksen mukaan maksun perintä voitiin rajata sosiaalisin perustein esimerkiksi jättämällä lapset tai kansaneläkettä saavat maksujen ulkopuolelle.[112]

Eduskuntakäsittelyssä sosiaali- ja terveysvaliokunta korosti maksujen terveyspoliittisten vaikutusten seurantaa, mutta puolsi lain hyväksymistä. Valiokuntamietintöön jättämässään vastalauseessa vasemmistoliiton Outi Ojala ja Marjatta Stenius-Kaukonen totesivat

110 VP HE 216/1991; Mattila 2011, 206.
111 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992 no 734; Mattila 2011, 206.
112 VP HE 291/1992.

maksujen merkitsevän hyvinvointiyhteiskunnan keskeisten pilarien romuttamista. He kritisoivat terveyspoliittisten perusteiden puuttumista ja korostivat maksujen vähentävän juuri eniten hoitoa tarvitsevien palveluiden käyttöä. Kun kunnat saattoivat halutessaan jättää maksut perimättä, käytännön todettiin lisäksi johtavan alueelliseen eriarvoisuuteen. Vastalauseita esittivät myös vihreiden Ulla Anttila, joka oli valmis hyväksymään ainoastaan kotisairaanhoidon maksullisuuden, sekä neljä sosiaalidemokraattisen puolueen edustajaa, jotka vetosivat puolueensa vuonna 1903 hyväksymään periaatteeseen terveyspalveluiden maksuttomuudesta.[113]

Terveyskeskuksen lääkärikäyntien ja kotisairaanhoidon maksullisuuden mahdollistava lakimuutos hyväksyttiin joulukuun lopussa 1992 ja se astui voimaan heti vuoden 1993 alussa.[114] Se, että terveyskeskusmaksut kytkettiin hallituksessa työterveyshuollon tarjoaman sairaanhoidon asiakasmaksujen käyttöönottoon, on jäänyt tutkimuksissa vähälle huomiolle. Kansanedustajat Ojala ja Stenius-Kaukonen kuvasivat vuonna 1992 käytyä poliittista kädenvääntöä seuraavasti:

> Keskusta asetti terveyskeskusmaksun käyttöönoton ehdoksi sen, että myös työterveyshuollossa peritään vastaavasti maksu. Kokoomus vastusti aluksi työterveyshuollon maksua, mutta antoi periksi. Hallituspuolueet sopivat lopulta, että molemmat maksut otetaan käyttöön (…).[115]

Kansalaisten tasa-arvoon vetoamalla hallitus esitti marraskuussa 1992 työterveyshuollon lääkäripalveluiden käyttäjiltä vuonna 1993 kerättävää 100 markan vuosimaksua. Maksu oli terveyskeskusmaksun suuruinen, mutta merkillepantavaa on, että terveyskeskusmaksuista poiketen työterveysmaksu ehdotettiin alun pitäenkin vain väliaikaiseksi, yhden vuoden ajalta kerättäväksi suoritukseksi. Lakiesityksen ajatuksena oli, että työterveys- ja terveyskeskusmaksu olisivat työterveyshuoltoon

113 VP StVM 46/1992.
114 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 ja 6 §:n muuttamisesta 30.12.1992 no 1646.
115 VP StVM 46/1992.

oikeutetulle vaihtoehtoisia siten, että maksu oikeuttaisi käyttämään kumpaakin palvelukanavaa.[116] Maksujen vaihtoehtoisuus poistettiin kuitenkin valiokuntakäsittelyssä. Sosiaali- ja terveysvaliokunnassa vasemmistopuolueiden kuuden jäsenen ja vihreiden Ulla Anttilan allekirjoittamassa vastalauseessa koko säädöksen epäiltiin lisäävän terveyskeskusruuhkia ja vähentävän työterveyspalveluiden käyttöä:

> Toteutuessaan hallituksen esitys johtaa siihen, että suomalainen yhteiskunta, palkansaajat ja yritykset menettävät yhteisesti ylläpitämänsä kustannuksiltaan edullisen ja tehokkaan terveyttä ja työkykyä edistävän palvelujärjestelmän.[117]

Laki kuitenkin hyväksyttiin samanaikaisesti terveyskeskusmaksujen kanssa joulukuussa 1992 ja seuraavana vuonna lain voimassaoloa jatkettiin määräaikaisena vielä vuoden 1994 ajan.[118] Lain keston jatkamista kritisoitiin sosiaali- ja terveysvaliokunnassa lyhytnäköiseksi, vain taloudellisia näkökohtia painottavaksi ratkaisuksi, ja lisäksi maksun tuotto-odotuksia pidettiin epärealistisina.[119] Jo kesällä 1993 sosiaali- ja terveysministeriön asettama työterveyshuollon työryhmä oli Työterveyshuollon neuvottelukunnan ja työmarkkinajärjestöjen kannan mukaisesti asettunut vastustamaan vuosimaksun perimistä. Ainoastaan Suomen Kuntaliiton todettiin tuolloin puoltaneen käyttäjämaksuja. Työryhmä korosti, että mikäli käyttäjämaksu kuitenkin katsottiin välttämättömäksi, maksun piti oikeuttaa terveyskeskuspalvelun käyttöön. Lisäksi vaadittiin, ettei maksua pitänyt periä niissä kunnissa, joissa ei peritty terveyskeskusmaksua.[120] Näyttääkin siltä,

116 VP HE 325/1992.
117 VP StVM 47/1992.
118 Laki työterveyshuoltopalvelujen lisäksi järjestettävien avosairaanhoidon lääkäripalvelujen väliaikaisesta vuosimaksusta 30.12.1992 no 1669; Asetus työterveyshuoltopalvelujen lisäksi järjestettävien avosairaanhoidon lääkäripalvelujen väliaikaisesta vuosimaksusta 30.12.1992 no 1670; VP HE 265/1993; Laki työterveyshuoltopalvelujen lisäksi järjestettävien avosairaanhoidon lääkäripalvelujen väliaikaisesta vuosimaksusta 10.12.1993 no 1130.
119 VP StVM 36/1993.
120 Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uusiminen. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistio 1993:29, 91, 115–116.

että kysymystä työterveyshuollon asiakasmaksuista tarkasteltiin lähtökohtaisesti työterveyteen oikeutettujen näkökulmasta.

Vuodesta 1995 alkaen työterveyspalvelut olivat käyttäjälleen maksuttomia, kun taas terveyskeskuskäynneistä voitiin edelleen periä maksu. Kunnat käyttivät varsin laajalti lain suomaa oikeutta terveyskeskuskäynneistä veloittamiseen, sillä vuonna 1993 laskettiin, että vain noin 20 prosenttia väestöstä asui kunnissa, jotka eivät ottaneet maksua käyttöön.[121] Asetuksen mukaan lääkärikäynnistä voitiin periä 15 vuotta täyttäneiltä joko enintään 100 markan vuosimaksu tai enintään 50 markan käyntimaksu kolmelta ensimmäiseltä käynniltä.[122] Ainoastaan lasten lääkärikäynnit säilyivät siten täysin maksuttomina. Maksuttomaksi määriteltiin edelleen myös mm. terveyskeskuksen tarjoama terveysneuvonta, neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, alle 18-vuotiaiden hammashoito, rokotukset, psykiatrisen avohoidon toimintayksikössä annettu hoito sekä yleisvaarallisen tartuntataudin tutkimus, hoito ja lääkkeet.[123] Kun sen sijaan ns. ilmoitettavat tartuntataudit – joihin kuuluivat mm. useimmat sukupuolitaudit – oikeuttivat vain maksuttomiin lääkkeisiin, säännöksen todettiin johtaneen siihen, että monet kunnat veloittivat sukupuolitautien toteamisesta ja kontrollikäynneistä. Eräissä kunnissa kuitenkin jatkettiin vanhaa, vuonna 1939 säädetyn sukupuolitautilain vakiinnuttamaa maksuttomuuden perinnettä. Hoitoonhakeutumisen varmistamiseksi ja tilanteen yhdenmukaistamiseksi vuonna 1996 tehtiin lakimuutos, jolla HIV-infektion, tippurin ja klamydian tutkimus ja hoito määriteltiin maksuttomaksi.[124] Kuppatauti tulkittiin yleisvaaralliseksi tartuntataudiksi, joten sen hoito määrittyi vuoden 1986 tartuntatautilain pohjalta ilmaiseksi.[125]

Lain mukaan kunnallisista palveluista säädetty maksu voitiin jättää perimättä tai sitä voitiin alentaa henkilön toimeentuloon tai

121 Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uusiminen. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistio 1993:29, 91.
122 Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta 30.12.1992 no 1648.
123 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992 no 734, § 5.
124 VP HE 28/1996; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 §:n muuttamisesta 31.5.1996 no 367.
125 Tartuntatautiasetus 31.10.1986 no 786, § 2, § 13; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992 no 734, § 5.

huoltoon liittyvien syiden takia.[126] Käytännössä säännöksen raportoitiin johtaneen siihen, että kuntien sosiaalitoimistot kieltäytyivät suorittamasta toimeentulotukea terveydenhuollon asiakasmaksuihin: ne vetosivat siihen, että asiakkaalla oli mahdollisuus hakea vapautusta tai alennusta suoraan maksun määränneeltä laitokselta. Monet sairaanhoitopiirit eivät kuitenkaan edes ottaneet käsittelyyn tällaisia hakemuksia. Ristiriitaisten käytäntöjen tuloksena varattomiltakin saatettiin siten periä sairaanhoidon maksuja, joihin he eivät voineet saada toimeentulotukea. Asia pyrittiin korjaamaan täsmentämällä vastuita ja käytäntöjä vuoden 1994 alussa voimaan astuneella lakimuutoksella.[127]

Lyhytaikaisen laitoshoidon maksuksi määriteltiin vuoden 1993 alusta 125 markkaa vuorokaudelta, kun taas yli kolme kuukautta kestävästä hoidosta perittiin 80 prosenttia tuloista.[128] Sosiaali- ja terveyshallinnon järjestämän pitkäaikaishoidon maksuperiaatteet yhdenmukaistettiin vuonna 1980. Aiemmin samansisältöisestä ja -tasoisesta hoidosta veloitettiin eri laitoksissa eri perustein: esimerkiksi kunnalliskotien itsemaksavilta perittiin kuntakohtaisesti joko tasamaksu tai maksukyvyn mukaan porrastettu hinta, kun taas terveydenhuollossa noudatettiin tasasuuruisten maksujen käytäntöä. Uudistus toi siten terveyskeskusten ja sairaaloiden tarjoamaan pitkäaikaishoitoon maksukyvyn pohjalta määräytyvät porrastetut maksut.[129]

1990-luvulla erityistä huomiota kiinnitettiin psykiatristen lyhytaikaispotilaiden hoitomaksuista aiheutuviin toimeentulo-ongelmiin, sillä sairaalamaksuja kertyi kuukaudessa noin 3 750 markkaa eivätkä 2 500 markan kansaneläkkeen varassa elävät selvinneet maksuista ilman toimeentulotukea. Kun useimmissa muissa länsimaissa mielisairaanhoidon todettiin olevan potilaalle maksutonta, eduskunnassa vaadittiin psykiatrian laitoshoidon asiakasmaksujen tuntuvaa alenta-

126 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992 no 734, § 11.
127 VP HE 236/1993; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 11 §:n muuttamisesta 17.12.1993 no 1288.
128 Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta 30.12.1992 no 1648, § 12, 15.
129 VP 1979, Hall. es. no 132; Laki kansanterveyslain muuttamisesta 4.1.1980 no 2; Laki kunnallisista yleissairaaloista annetun lain muuttamisesta 4.1.1980 no 3; Laki mielisairaslain 18 §:n muuttamisesta 4.1.1980 no 5.

mista.[130] Vuonna 1997 lyhytaikaisen laitoshoidon vuorokausimaksu laskettiinkin psykiatrisessa yksikössä 70 markkaan.[131] Keskustan Jaana Ylä-Monosen mukaan psykiatrisen laitoshoidon purkaminen johti kuitenkin siihen, että potilaita sijoitettiin terveyskeskuksen vuodeosastoille, jossa heiltä perittiin kalliimpaa päivämaksua:

> Ne potilaat, jotka hoidetaan psykiatrisessa sairaalassa, maksavat vain alennetun päivämaksun hoitonsa ajalta. Terveyskeskuksen vuodeosastolla tapahtuva hoito, vaikka se tapahtuisi oman terveyskeskuksen avohoitoyksikön psykiatrin valvonnassa ja vastuulla, ei kuulu alennetun päivämaksun piiriin.[132]

Kimmo Leppo korosti, että myös psykiatristen potilaiden avohoidon siirtäminen terveyskeskuksiin saattoi lisätä kustannuksia:

> Kun kunnat alkavat toivotulla ja järkevällä tavalla hoitaa psykiatrisia potilaita etulinjassa eli terveyskeskuksissa, siihen valmennetun henkilöstön voimin, aletaankin aiemmin maksuttomasta hoidosta periä normaali terveyskeskusmaksu. Mihin katosi järki ja omatunto?[133]

Paljon palveluita käyttäville koituvaa maksutaakkaa pyrittiin vähentämään säätämällä asiakasmaksuille vuonna 2000 enimmäismäärä eli maksukatto. Ajatus tuotiin esiin jo vuonna 1993, mutta lakiesitys asiasta annettiin vasta vuonna 1999. Avohoidon maksukattoja raportoitiin tuolloin ollen käytössä naapurimaissa Ruotsissa ja Norjassa. Vuotuisten maksujen enimmäismääräksi asetettiin 3 500 markkaa, jonka laskettiin kertyvän jo neljän viikon laitoshoidosta. Maksukaton ylittävältä summalta kunnalliset terveyspalvelut määriteltiin maksuttomiksi kuitenkin siten, että laitoshoidosta voitiin yhä periä

130 Esim. VP LA 94/1994 Vehkaoja ym.: Ehdotus laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta; VP KK 341/1995 Kimmo Kiljunen: Mielenterveyspotilaiden sairaalamaksujen alentamisesta.

131 Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 8 ja 12 §:n muuttamisesta 26.3.1997 no 290.

132 VP LA 167/1999 Jaana Ylä-Mononen; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 §:n muuttamisesta 31.5.1996 no 367.

133 Leppo 2010, 56–57.

ylläpitomaksu. Maksukatto ei koskenut esimerkiksi hammashoitoa, kotisairaanhoitoa, sairaankuljetusta tai tulosidonnaisia maksuja pitkäaikaisesta laitoshoidosta.[134] Sosiaali- ja terveysvaliokunta kiinnittikin huomiota siihen, että maksukatto oli pohjoismaisittain suhteellisen korkea ja että sen ulkopuolelle jäi merkittävä osa hoitokuluista.[135]

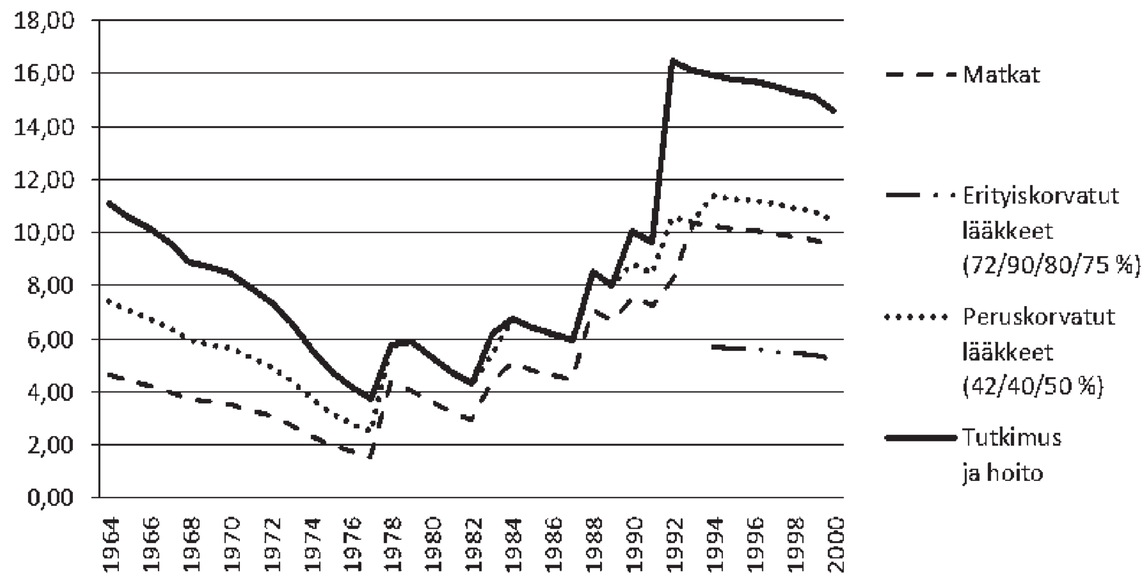
Yrjö Mattila on todennut, että 2000-luvun alussa asiakasmaksut vakiintuivat ja kuntien talouden ylläpito ohitti maksuttomuusihanteen.[136] Suomi oli täysin eri linjoilla kuin Tanska, jossa 2000-luvulle tultaessa sekä perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotto että sairaalahoito olivat käyttäjälle maksuttomia. Myöskään Norjassa ja Islannissa sairaalahoidosta ei tuolloin kerätty potilasmaksuja. Ruotsissa puolestaan maksut vaihtelivat alueittain.[137] Esimerkiksi Signild Vallgårda on todennut eri maiden 2000-luvun alun terveyspoliittisten asiakirjojen pohjalta, että painotuserot eri maiden välillä vahvistavat havaintoa Pohjoismaisen mallin ”viidestä poikkeuksesta”.[138]

Sairausvakuutus irti universalismista 1996–2001

Asiakasmaksujen rinnalla suomalaisten sairauskuluja kasvatti verovähennysoikeuden poistaminen vuonna 1992. Koska verotuksen sairauskuluvähennys oli ollut aikuisväestölle merkittävä ja ainoa tukimuoto hammashuoltomenoissa, samalla vuonna 1991 hyväksyttiin sairausvakuutuksen hammashuoltokorvauksen ulottaminen koko aikuisväestöön. Hammashoitokorvauksia oli myönnetty vuodesta 1986 alkaen vuoden 1960 jälkeen syntyneille ikäluokille ja vuoteen 1990 mennessä etuuden piiri oli laajentunut vuoden 1955 jälkeen syntyneisiin. Koko kansaa koskevan korvauksen voimaantuloa kuitenkin siirrettiin 1990-luvulla vuosittain, ja se toteutui vasta vuonna 2002.[139]

134 Mattila 2011, 208–211; VP HE 77/1999; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 23.12.1999 no 1308.
135 VP StVM 19/1999.
136 Mattila 2011, 211–216.
137 Health Statistics in the Nordic Countries 1999, 45–62.
138 Vallgårda 2007, 205–211.
139 VP HE 62/1991; VP HE 145/1991; Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 30.12.1991 no 1714; Mattila 2011, 181–183, 271–273; Kansaneläkelaitoksen

Sairausvakuutuksen omavastuuosuuksista kertyvää maksutaakkaa rajoittavat maksukatot, jotka säädettiin vuonna 1986 lääkekuluihin ja vuonna 1988 matkakuluihin, edustivat yhteiskunnan vastuuta korostavaa terveyspoliittista linjaa.[140] Sen sijaan lamavuosina sairausvakuutusjärjestelmää alettiin leikata yksilön omavastuutta painottavaan suuntaan. Ensinnäkin vakuutettujen maksuosuutta vakuutuksen rahoituksesta nostettiin samalla kun työnantajien panosta kevennettiin. Korvaustaksoja ei myöskään korotettu vuoden 1989 jälkeen, vaan päivärahan korvausprosentteja leikattiin, omavastuuaikaa lisättiin ja lapsikorotukset poistettiin.[141] Lisäksi vakuutetun omavastuuosuuksia matka-, hoito- ja lääkekuluista nostettiin (kuvio 29).



Kuvio 29. Sairausvakuutuksen omavastuuosuudet 1964–2000, vuoden 2012 rahassa, euroa[142]

Merkittävin ideologinen muutos oli se, että vuosina 1996–2001 sairausvakuutuksen päiväraha ei enää ollut itsestään selvä etuus vaan se

tilastollinen vuosikirja 2000, 312.

140 Klavus & Jämsén 2006, 155.

141 Kangas 2006a, 328–334; Mattila 2011, 257–258, 261; Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1996, 278–280.

142 Kansaneläkelaitos. Kuviot-sarja. Sairausvakuutus 3.7. Sairaanhoitokorvausten omavastuuosuudet yksityisellä sektorilla 1964–2012.

muuttui tarveharkintaiseksi niiden osalta, joiden palkkatulot jäivät alle 5 000 markan vuodessa. Tarveharkintaista etuutta maksettiin vain, mikäli työkyvyttömyys jatkui yli kaksi kuukautta. Rinnakkain sairausvakuutuksen minimipäivärahan poiston kanssa kansaneläkelakia muutettiin siten, että sairauspäivärahaoikeutta vailla olevat henkilöt joutuivat odottamaan 300 arkipäivää työkyvyttömyyseläkkeen alkamista. Anna Metteri on todennut, että muutos loi sosiaaliturvaan väliinputoajaryhmän, jolle uudistuksista aiheutui kohtuuttomia vaikeuksia. Eniten sairauspäivärahan muutos kosketti mielenterveysongelmaisia alle 30-vuotiaita miehiä. Vaikka vähimmäispäiväraha palautettiin vuonna 2002, siihen jäi edelleen 55 päivän omavastuuaika.[143]

Hallitus perusteli vähimmäisrahan poistamista vuonna 1995 sillä, että sairausvakuutuksen päivärahalla oli tarkoitus korvata menetettyä ansiota. Työtuloa vaille oleville maksettu päiväraha miellettiin näin ollen ansaitsemattomaksi eduksi: ”sosiaalipoliittisia perusteita ei ole sille, että henkilön tulot nousevat hänen sairastuessaan”. Menetetyn ansion korvaamisen katsottiin noudattavan ”paremmin myös vakuutusperiaatetta, sillä työtuloista on maksettu sosiaaliturvamaksut”. Esityksessä korostettiin kokemuksen osoittaneen, ettei lyhytaikaisen sairauden aikana edes syntynyt olennaista toimeentulon menetystä.[144]

Olli Kangas on todennut, että eduskunnassa uudistusta vastustaneet – keskusta, kristilliset ja vasemmistoliiton vähemmistö – näkivät minimipäivärahan muutoksen pohjoismaisen sosiaaliturvan mallin romuttamisena: ”kattavasta sosiaaliturvasta luovutaan ja riittävä turva annetaan jatkossa vain niille, joilla on pysyvä työpaikka”.[145] Uudistuksen katsottiin merkinneen:

> olennaista muutosta voimassa olevaan yleiseen perusturva-ajatteluun ja kansalaisten väliseen tasa-arvoon. Sairauspäivärahan poistaminen tulottomilta hylkää maassamme noudatetun perusturvan yleisyys- eli universaalisuusperiaatteen.[146]

143 Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2002, 321, 323–324; Metteri 2012, 78–87, 202; Hytti 2000, 332–339.
144 VP HE 124/1995.
145 Kangas 2006a, 331–332.
146 VP StVM 25/1995. Vastalauseita II.

Sekä perustuslaki- että sosiaali- ja terveysvaliokunnassa vähemmistö katsoi minimipäivärahan tarveharkintaisuuden rikkovan hallitusmuodon (1995) säännöstä, jonka mukaan ”lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana”.[147] Esitetyn vastalauseen mukaan:

> hallitusmuodon (…) sanamuoto ”jokaiselle” ei oikeuta erottelemaan henkilöitä ”toimeentulon” tai ”työtulon” käsitteiden avulla. Toimeentulon perusturva on muun muassa sairauden aikana taattava mielestämme jokaiselle yhdenvertaisesti ilman harkintaa.[148]

Oikeusoppineiden kannan mukaan hallitusmuoto ja perustuslaki (1999) teki eron sairautta ja muita sosiaalisia riskejä koskevan *syyperusteisen toimentuloturvan* sekä toisaalta viimesijaisen, *välttämättömän toimeentulon takaavan vähimmäisturvan* välille. Jälkimmäistä koski perustuslain säännös siitä, että ”jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon”.[149] Oikeustieteilijöiden tulkinnan mukaan syyperusteinen toimeentuloturva tuli toteuttaa ilman tarveharkintaa ja sen tason tuli perustuslain hengen mukaan olla korkeampi kuin viimesijaisen toimeentuloturvan.[150] Anna Metterin mukaan ”sosiaaliturvapolitiikassa ajauduttiin siis 1990-luvulla tilanteeseen jossa perustuslaki sanoo yhtä ja demokraattinen poliittinen käytäntö toista”.[151]

Marja Pajukoski on nähnyt heikommassa asemassa olevien siirtämisen residuaalisen eli tarveharkintaisen viimesijaisen tuen piiriin osana oikeus- ja talousretoriikkaan liittyvää kansalaisten luokittelua:

147 Laki Suomen Hallitusmuodon muuttamisesta 17.7.1995 no 969, § 15 a; Suomen perustuslaki 11.6.1999 no 731, § 19.
148 VP StVM 25/1995. Vastalauseita II. Myös: VP PeVL 15/1995. Eriävä mielipide.
149 Laki Suomen Hallitusmuodon muuttamisesta 17.7.1995 no 969, § 15 a; Suomen perustuslaki 11.6.1999 no 731, § 19.
150 Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62, 21–22, liite 3, 1–5; Metteri 2012, 81.
151 Metteri 2012, 196.

> Zeitgeistiin ei näytä sisältyvän huolenpito kaikista yhteiskunnan jäsenistä. "Meillä ei ole varaa" -puhe johtaa siihen, että palveluja priorisoidaan yhä tarkemmin. (…) yhä useammin apu tulee vasta viime hädässä. Voidaan väittää, että olemme vauhdilla menossa residuaalisen sosiaalipolitiikan suuntaan. Sosiaalisten oikeuksien kautta tarkasteltuna yhteiskuntaa, ihmisiä, kansalaisia jaetaan eri luokkiin, siten, että palveluja ei ole tarkoituskaan aktiivisesti tarjota kaikille. Tätä taustaa vasten sosiaalisten oikeuksien ydin kaikkein heikoimmassa asemassa olevien apuna näyttää hapertuvan.[152]

Se, että minimiturvan myöntämisessä sovellettiin tarveharkintaa, merkitsi paluuta apua ansaitsevien ja apua ansaitsemattomien erotteluun. Matti Heikkilä näki tilanteen pohjoismaisen hyvinvointivaltioajattelun vastaisena:

> Vanhalle mallille on ollut ominaista lähteä ihmisten perustarpeista käsin. Yhteiskunnan velvollisuudeksi on nähty huolehtia tietyistä perustarpeista siitä riippumatta, kenen tarpeet ovat kyseessä. Hyvinvointipolitiikkaa luonnehtii yksisuuntaisen siirron idea – vaihtosuhteen tietty asymmetria. Uudessa mallissa tarpeiden rinnalle ovat nousemassa ansiot, ja politiikka perustuu molemminpuolisten etujen punnintaan – kaksisuuntaiseen vaihtoon.[153]

Ansiosidonnaiset etuudet olivat toki olennainen osa myös 1960–1970-lukujen hyvinvointivaltiollista ideologiaa, mutta minimiturvan oikeutuksen kyseenalaistaminen merkitsi muutosta aiempaan. 1990-luvulla ansiosidonnainen etuus nähtiin korostetusti henkilön itselleen ansaitsemana työsuorituksen vastikkeena eikä sairauspäivärahalle muista leikkauksista huolimatta asetettu ylärajaa.[154] Eduskuntakeskustelussa kiinnitettiinkin huomiota siihen, että vähimmäispäivärahan poistamisen rinnalla ansiosidonnaisen päivärahan tason

152 Pajukoski 2011, 97.
153 Heikkilä 1994, 289.
154 Tietyn tulorajan ylittävältä osalta korvausprosentti oli kuitenkin alhaisempi. Esim. Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2000, 119.

leikkaukset olivat varsin vähäiset.[155] Sakari Hänninen on todennut, että perusoikeusuudistuksen yhteydessä vuonna 1992 palkansaajajärjestöt pitivät erityisen tärkeänä sitä, että ansiosidonnaiset etuudet oli perustuslaissa omistusoikeutena suojattu.[156] Anna Metterin kriittinen arvio tiivistää sosiaalipolitiikan tutkijoiden tulkinnan 1990-luvun sosiaalietuuksien leikkausten merkityksestä:

> Jos olisi seurattu pohjoismaisen hyvinvointimallin ajattelutapoja ja suomalaisen hyvinvointivaltion historiallista perinnettä, kansalaisten keskinäisestä tasa-arvosta ja sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta olisi huolehdittu erityisen hyvin juuri yhteiskunnallisen muutoksen ja tiukentuvan talouden oloissa. 1990-luvun muutoksessa kuitenkin tehtiin juuri päinvastoin.[157]

Ei varaa edes lääkkeisiin: kasvavat terveyserot

Terveyden tasa-arvotavoitteesta huolimatta sosiaaliryhmittäiset terveyserot säilyivät tai jopa syvenivät 1990-luvulla. Kun 1980-luvun puolivälissä ylempiin toimihenkilöiden kuuluvan 35-vuotiaan miehen elinajanodote oli 5,0 vuotta pidempi kuin samanikäisen työntekijämiehen, 2000-luvun alussa ero oli kasvanut jo 6,1 vuoteen. Naisilla vastaava luku oli tarkasteluaikana noussut 2,3 vuodesta 3,2 vuoteen.[158]

Terveyspalveluiden käyttöä koskevat tutkimukset viittasivat siihen, että palvelujärjestelmä sinällään kasvatti terveyseroja. Esimerkiksi vuonna 1992 laskettiin, että terveydenhuollon keinoin estettävän kuolleisuuden erot alimman ja ylimmän tuloviidenneksen välillä olivat suomalaisilla miehillä kolminkertaiset ja naisilla kaksinkertaiset, ja kymmenen vuotta myöhemmin nämäkin erot olivat entisestään suurentuneet. Sairaalahoidon todettiin suosivan hyvätuloisia, sillä lähetteet sairaalahoitoon tulivat yksityissektorilta ja työterveyshuollosta. Mie-

155 VP HE 124/1995; VP PTK 69/1995, LK Ed. Kuoppa (05.10.1995).
156 Hänninen 2010, 195.
157 Metteri 2012, 196–197.
158 Valkonen et al. 2007, 47-48.

lenterveyspotilaiden hoidon havaittiin toteutuvan sattumanvaraisesti ja osin potilaan varallisuuden sekä työmarkkina-aseman mukaan.[159]

Köyhyystilastot puolestaan osoittivat, että ja terveyssyiden takia avustettujen perheiden kokonaismäärä kääntyi nousuun (ks. kuvio 20, s. 283). Vuosien 1986 ja 1994 elinoloja selvittäneiden väestötutkimusten pohjalta havaittiin, että heikko terveys johti 1990-luvulla edellistä vuosikymmentä vakavampaan syrjäytymiseen ja toimeentulo-ongelmiin.[160] Asiakasmaksujen korotusten onkin todettu vaikuttaneen nimenomaan pienituloisiin, joiden suhteellinen osuus terveydenhuollon kustannuksista nousi muihin tuloluokkiin verrattuna.[161] Jan Klavuksen ja Raimo Jämsénin mukaan arviolta alle 5 prosenttia väestöstä – eli palveluita runsaasti käyttävä ryhmä – maksoi noin 80 prosenttia kunnallisen terveydenhuollon kustannuksista.[162] Kimmo Leppo onkin todennut terveydenhuollon tasamaksut pienituloisiin ja erityisesti pitkäaikaissairaisiin ihmisiin kohdistuvaksi regressiiviseksi verotukseksi.[163]

Kyselytutkimuksissa vuosina 1998 ja 2000 todettiin, että 14–17 prosenttia suomalaisista oli joskus joutunut jättämään lääkärin määräämät lääkkeet hankkimatta niiden kalleuden takia ja 21–24 prosenttia oli tinkinyt muusta sairaanhoidosta rahanpuutteen vuoksi. Pahiten ongelmat koskettivat työttömiä ja lomautettuja.[164] Diakoniatyön asiakkaiden kokemusten perustella lääkäriin lähteminen lykkääntyi paitsi asiakasmaksujen takia myös erityisesti silloin, kun terveyskeskukseen oli hankala matka, vastaanotolle oli vaikea saada varattua aikaa tai kun apuun ei aiempien kokemusten perusteella luotettu.[165] Syrjäseudun harventuvat palvelut kasvattivat lääkärimatkoja ja lisäsivät turvattomuuden tunnetta, jota Marja-Leena Honkasalon haastattelema pohjoiskarjalainen kuvasi seuraavasti:

159 Manderbacka et al. 2006, 42–55; Hänninen 2009, 48; Leppo 2008, 230–238; Keskimäki 2010, 201–207; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 43–44.
160 Mannila & Peltoniemi 1997.
161 Manderbacka et al. 2007, 192.
162 Klavus & Jämsén 2006, 156.
163 Leppo 2008, 236.
164 Marski & Mäensivu 1998, 26–30, 110; Lindholm 2001, 72–74.
165 Kinnunen 2009.

> Ei ole kuin muutamassa talossa valot talvella (…) sairasmaja on toiminnassa, talonmies on kesälomalla, siinä työskentelee terveyssisar, mittaa kahdesti viikossa verenpaineet. Lääkärikin käy, kirkolle tulisi matkaa lääkäriin yli sata kilometriä. Aurauksen sanovat lopettavansa ensi talvena. Mutta onhan se matka ambulanssille. Mitään ei voi tehdä jos tapahtuu sairastapaus, ja aina ne tulee öiseen aikaan.[166]

Köyhimpien, pysyvän palkkatyön ulkopuolella olevien kansalaisten osalta 2000-luvun alun uhkakuvissa toistuivat sodanjälkeisen Suomen terveyspalveluiden saatavuuden ongelmat. Julkisen perusterveydenhuollon maksullisuus karsi lääkärissäkäyntejä ja myös huono-osaisten asuttamissa, lääkäreiden karttamissa kaupunginosissa hoitoonpääsy viivästyi.[167]

Kansainväliset vertailut murensivat osaltaan kuvaa suomalaisen terveydenhuollon tasa-arvoisuudesta. 1990-luvun loppua koskeva vertailu totesi kotitalouksien kannalta ”katastrofaalisten” terveydenhuoltomenojen olleen Suomessa selvästi muita Pohjoismaita yleisempiä.[168] Vuodelta 2000 peräisin oleva tutkimus puolestaan totesi Suomen lääkärijärjestelmän eniten varakkaita suosivaksi. Suomi sijoittui koko tilaston pohjimmaiseksi Yhdysvaltoja ja Portugaliakin epätasa-arvoisempana maana, kun taas Englanti, Irlanti ja Belgia edustivat tasa-arvon mallimaita.[169] Sakari Hänninen ja Elina Palola ovatkin todenneet, että 2000-luvun alun suomalaisessa hyvinvointikeskustelussa tasa-arvon suhteen alettiin tyytyä siihen, että maa edusti eurooppalaista keskitasoa.[170]

166 Honkasalo 2008, 24.
167 Alaoutinen 2010, 53–57.
168 Xu et al. 2003, 111–117.
169 van Doorslaer et al. 2006, 177–183.
170 Hänninen & Palola 2010, 7–8.

4. YHTEENVETO

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirre 1900-luvun lopulla oli, että se tarjosi ”keskiluokkaiselle, keski-ikäiselle pysyvässä ei-epätyypillisessä työsuhteessa olevalle (…) kolminkertaisen palvelujen saatavuuden”.[171] Tasa-arvon kannalta ongelmallista oli se, että ne, joilla oli työsuhde ja palkkatulot, pääsivät halutessaan maksuttomiin työterveyspalveluihin, kun taas työttömien ja eläkeläisten ainoa vaihtoehto olivat huonommin resursoidut mutta maksulliset terveyskeskuspalvelut. Kaiken kaikkiaan 1960–1970-lukujen tasa-arvopainotuksen sijaan sosiaalisessa kansalaisuudessa korostui yhä voimakkaammin eriarvoistava ulottuvuus, joka luokitteli eri kansalaisryhmät oikeutetuiksi saatavuudeltaan ja laadultaan erilaisiin terveyspalveluihin ja eritasoiseen terveysturvaan. Kuluttajuuteen kykenevät kansalaiset voivat valita palvelunsa ja perätä oikeuksiaan, mutta ne joilla ei ollut varaa, voimia eikä taitoa, jäivät hoitojonoihin ja perusturvan ulkopuolelle.

Sosiaaliturvan leikkauksista ja yksilön omaa vastuuta korostavasta ideologiasta huolimatta merkillepantavaa on, että julkisilla palveluilla oli edelleen vankka kannatus: vuonna 1998 peräti 88 prosenttia kansalaisista tuki väitettä ”on hyvä säilyttää terveys- ja koulutuspalvelut pääosin julkisella sektorilla, koska näin voidaan varmistaa palveluiden riittävä laatu ja alueellinen saatavuus”.[172] Kannatuksen voidaan osaltaan katsoa kertovan terveyspalveluiden korkeasta tasosta: on toki muistettava, että yleisesti ottaen – eriarvoistumisesta huolimatta – potilaille voitiin tarjota hoitoa, joka tasoltaan mitä ilmeisimmin ylitti edellisten vuosikymmenten tarjonnan. Ylipäätään hyvinvointivaltioon suhtauduttiin mielipidetutkimuksissa myönteisesti, ja lamavuosien myötä hyvinvointivaltiota kohtaan lausuttu hyväksyntä jopa kasvoi. Vuonna 1992 vastanneista 61 prosenttia oli sitä mieltä, että ”vaikka hyvän sosiaaliturvan ja muiden julkisten palvelujen ylläpitäminen maksaa paljon, suomalainen hyvinvointivaltio on aina hintansa arvoinen”, kun

171 Keskimäki 2010, 206.
172 Marski & Mäensivu 1998, 81.

vuonna 2000 sama lause sai 85 prosentin kannatuksen.[173] Sen sijaan luottamus järjestelmään oli hieman varauksellisempaa: vuonna 1998 kolmannes vastaajista ei katsonut voivansa täysin luottaa julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään sairauden sattuessa.[174]

173 Sosiaaliturvan suunta 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:2, 151.
174 Marski & Mäensivu 1998, 82.

VI



VI

TERVEYSKANSALAISUUS OIKEUTENA JA VELVOLLISUUTENA

Terveyskansalaisuuden kerrostumat

Suomalainen terveyspalvelujärjestelmä rakentui 1900-luvun aikana kaikkien kansalaisten elämään nivoutuvaksi instituutioksi. Terveyspalveluiden saatavuuden erittelyn kautta olen erottanut neljä ajallista kerrostumaa, joissa yksilön ja julkisen vallan oikeudet, velvollisuudet ja samalla koko terveyskansalaisuuden sisältö määriteltiin uudella tavalla. Yhteenveto eri kausien keskeisistä piirteistä on koottu taulukkoon 37. On syytä korostaa, että kaudet eivät ole selvärajaisina toisensa korvaavia vaan pikemminkin limittäisiä kerrostumia, joiden vaikutus on nähtävissä myös myöhempien kausien aikana.

Taulukko 37. Yhteenveto: terveyskansalaisuus oikeutena ja velvollisuutena suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä 1900-luvulla

	I	II	III	IV
aikakausi	1900-luvun alku	1920-luvulta 1950-luvun jälki-puoliskolle	1950-luvun lopulta 1980-luvulle	1900-luvun loppu
palveluiden saatavuuden painopiste	luottamus, hyväksyntä	palveluiden alueellinen tarjonta	sairauskus-tannusten tasaus	…
yksilön asema	kansalainen (holhokki)		kansalainen	asiakas kuluttaja oikeus-subjekti kansalainen
yksilöllä oikeus	terveys-tietoon	alueellisesti tasa-arvoi-seen palve-lutarjontaan	ilmaiseen peruster-veyden-huoltoon ja ansiosidon-naiseen sairaus-turvaan	valinnan-vapauteen (ilmaiseen työterveys-huoltoon)
yksilöllä velvollisuus	terveellisiin elintapoihin	palveluiden käyttöön	yksilön autonomia ensisijaista	vastuulli-suuteen ja aktiivisuuteen
pakko	pakkokeinot erityisryhmlle muiden edun vuoksi	kaikkien alistuttava pakkoon yhteisen edun vuoksi	pakko yksilön oman edun vuoksi	

Suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän historiallinen tarkastelu osoittaa ensinnäkin, että terveys kansalaisen oikeutena ja velvollisuutena on ollut jatkuvasti muuttuva ilmiö. 1900-luvun alussa painopiste oli terveyspalveluiden rakentamisen ja käytön mahdollistavan luottamuksen rakentamisessa. Samalla, kun fokus siirtyi 1920-luvulla alueellisesti tasa-arvoisen julkisen palvelutarjonnan turvaamiseen ja edelleen 1960–1970-luvuilla kustannustasauksen toteuttamiseen,

myös terveyttä koskevien oikeuksien ja velvollisuuksien konkreettinen sisältö sekä niiden piiriin kuuluvien henkilöiden joukko määrittyi terveyspalvelujärjestelmässä uudella tavalla.

Terveyskansalaisuuden arki on rakentunut juridisten säännösten sekä kansaan kuulumista määrittävän normatiivisen ulottuvuuden yhteenkietoutumana, ja eri aikoina näillä osa-alueilla on ollut erilainen merkitys. Mikko Jauho on todennut, että 2000-luvun alun terveyskansalaisuudessa lakiin kirjatut oikeudet sekä kansalaisen omaa vastuuta ja kuluttajuutta koskevat normatiiviset vaatimukset muodostivat kaksi erillistä, jännitteistä maailmaa.[1] Sen sijaan 1920–1950-luvuilla noiden kahden maailman voidaan katsoa olleen tiiviisti toisiinsa sulautuneita: lakitekstit määrittivät, toistivat ja ylläpitivät kunnollisen kansalaisen ehtoja ja velvollisuuksia. Vuosisadan alussa, jolloin alan juridinen säätely oli vasta rakenteilla, kansalaisen oikeuksia ja velvollisuuksia puolestaan rakennettiin pääasiassa sosiaalisten normien kautta.

Terveyskansalaistamisen käsite kuvaa terveyskysymysten kansalaisuudelle asettamia ehtoja, vaatimuksia ja rajauksia. Terveyden ja kansalaisuuden eetoksen yhteenkietoutuessa terveydestä muotoutui mittapuu, joka 1900-luvun alussa erotteli kunnon kansalaiset niistä kunnottomista ”holhokeista”, jotka eivät kyenneet vastuulliseen kansalaisuuteen. Samanaikaisesti, kun terveystiedon omaksuminen ja terveellisten elämäntapojen noudattaminen määrittyi kansalaishyveeksi, pakkotoimet kohdistettiin niihin, jotka laiminlöivät velvollisuutensa terveydestään huolehtimiseen. Köyhäinapuun perustuva hoitoonpääsy ylläpiti kunnottomuuden ja holhouksenalaisuuden linkittymistä, sillä avun saaminen rajoitti sekä perusoikeuksia että poliittisia oikeuksia. Kunniallisilla, omillaan toimeentulevilla kansalaisilla oli sen sijaan oikeus välttyä pakolta sekä mahdollisuus sosiaalisen asemansa mukaisiin, joskin aukollisiin ja paikallisesti rakentuviin terveyspalveluihin.

Vähitellen 1920–1940-lukujen aikana vaatimus omillaan toimeentulemisesta kunnon kansalaisuuden ehtona alkoi lieventyä, mikä ilmeni uudenlaisena tulonsiirtoihin perustuvana, yhteisvastuuta ja yhteistä etua korostavana ajatteluna. Uudet, taloudellisesta tarvehar-

1 Jauho 2014.

kinnasta irrotetut sosiaaliavustukset heijastivat yhteiskunnan avun oikeutuksen uudelleen määrittelyä. Kun varattomien lisäksi myös vähävaraisille ja jopa varakkaille avattiin yhteiskunnan tukemia reittejä terveydenhuoltoon, myös sairauden takia köyhäinapuun turvautuneiden kansalaisasemaan kohdistuneet rajoitukset lievenivät. Marshallin kansalaisuusteorian lähtökohta kansalaisuuden yksityisoikeudellisen, poliittisen ja sosiaalisen ulottuvuuden toisiinsa kietoutuneisuudesta näyttää siten Suomen kehityksen valossa selitysvoimaiselta.

Julkiselle vallalle asetettu velvollisuus terveyspalveluiden tarjoamiseen toi 1920-luvulta lähtien vastavuoroisesti kansalaisille velvollisuuden palveluiden käyttöön ja vaatimuksen pakkotoimiin alistumiseen. Kansan kokonaisetu ja sen pohjalta arvioitu yksilön biologinen ja sosiaalinen kelpoisuus määritti pakon ja tuen rajat. Väestöpoliittinen keskustelu asetti terveydenhuollon rakentamisen painopisteen äitien ja lasten palveluihin, mutta samanaikaisesti oikeutta suvunjatkamiseen rajattiin sterilisointi- ja avioliittolaeilla. Kroonikot ja vammaiset puolestaan jaettiin apua ansaitseviin ja ansaitsemattomiin terveyden menetyksen syyn sekä yhteiskunnallisen hyödyn punninnan pohjalta. Yhä useampi terveysongelma alettiin nähdä yhteiskunnallisten olojen aiheuttamaksi sosiaaliseksi riskiksi, joka loi julkiselle vallalle avustusvelvollisuuden. Samalla kuitenkin vastavuoroisuuteen perustuva oikeuksien ja velvollisuuksien yhtälö jakoi kansalaiset yhteiskuntaa rakentaviin ja sen taakkana oleviin.

Terveyskansalaisuuden ehtoja ja vaatimuksia alettiin purkaa 1960–1970-luvuilla, kun tavoitteeksi asetettiin kaikkia kansalaisia yhtäläisesti koskeva oikeus terveyspalveluihin. Selvä ero edeltävään kauteen oli siinä, ettei kansalaisille myönnetyn juridisen oikeuden vastineeksi asetettu moraalisia velvoitteita saati pakkoja. Julkisen vallan takaama sosiaalinen turvallisuus salli autonomisen kansalaisen valita, käyttikö hän palveluita ja hyödynsikö terveystietoa. Sosiaaliturvan ja äänioikeuden välinen kytkös poistui kokonaan lainsäädännöstä ja köyhäin- eli huoltoapu muuttui takaisinperittävästä lainasta toimeentuloetuudeksi, mikä niin ikään kertoo poliittisen ja sosiaalisen kansalaisuuden yhteenkietoutumisesta täydeksi kansalaisasemaksi. Vaikka

aikakauden ajattelu korostikin kansalaisten tasa-arvoa ja yhtäläistä kohtelua, se salli tasaetuuksista ja organisatorisesti yhtenäisestä, kaikille kansalaisille tarkoitetusta terveyspalvelusta irtautumisen: kun minimiturvan sijaan saavutetun kulutustason turvaaminen alettiin mieltää kansalaisoikeudeksi, peruspalveluiden ja sairausvakuutuksen tarjoaman peruspäivärahan rinnalle rakennettiin palkkatyöläisyhteiskuntaa tukevat ansiosidonnaiset ja työsuhteiset etuus- ja palvelujärjestelmät.

Tuorein, 1900-luvun lopulle ajoittuva terveyskansalaisuuden kausi näyttäytyy aiemman ajattelun ja ihanteiden vähittäisenä purkamisena, tarkasteltiinpa sitä terveyspalveluiden tasa-arvoisen tarjonnan, kustannustasauksen tai luottamuksen rakentamisen näkökulmasta. Kun edeltävällä kaudella oikeus terveyteen ymmärrettiin mahdollisuutena saada tasavertainen pääsy terveyspalveluihin, vuosisadan lopulla eriarvoistuminen niin palvelutarjonnassa kuin kustannustasauksessakin alettiin käytännössä hyväksyä. Samalla, kun kansalaisuuteen nivoutuva sosiaalinen oikeus terveydenhuoltoon muuttui häilyväksi, se alkoi korvautua uudenlaisella kuluttaja-asiakkaan vapaudella valita, ostaa ja viime kädessä oikeusteitse vaatia laadukkaita palveluita. Kansan ja kansalaisen sijaan terveyden toimijaksi ja kohteeksi nousi yksilö, jolle sälytettiin moraalista ja taloudellista vastuuta elämäntavoistaan. Se, että yksilön oikeuksien rinnalla korostettiin omaa vastuuta ja vastikkeellisuutta, sisältää yhtymäkohtia 1920–1940-lukujen vastavuoroisuusajatteluun. Erona kuitenkin on, että tuolloin kansalainen nähtiin yhteisönsä kokonaisetua vaalivana jäsenenä, kun taas vuosisadan lopulla kansalainen oli autonominen, individualistinen toimija. Kaiken kaikkiaan terveyden yhteiskuntasopimuksen perustaa alettiin vuosituhannen lopulla määritellä uudella tavalla: kun 1900-luvun alkupuolelta lähtien julkisen vallan velvollisuutta huolehtia kansalaisten terveydestä jatkuvasti laajennettiin, valtion vastuun vähittäinen purkaminen 1990-luvulla merkitsi suunnanmuutosta.

Terveyspalvelujärjestelmä ja kansalaisuuden hierarkiat

Terveyskansalaisuuden eri kaudet konkretisoituivat erilaisissa terveyspalveluinnovaatioissa, joiden jatkuvuudesta ja vaikuttavuudesta kertoo se, että useat niistä ovat säilyneet osana terveydenhuollon 2000-luvun käytäntöä. Ensinnäkin 1900-luvun alun ajatusmuoto tiivistyi terveysvalistukseen, jonka foorumeina olivat kansalaisjärjestöt ja valistusjulkaisut. Vaikka toimintojen siirtäminen järjestöjen ja maallikoiden aloitteellisuudesta julkisen vallan vastuulle olikin 1920-luvulta lähtien julkilausuttuna tavoitteena, järjestöjen merkitys käytännön työssä säilyi myös sodanjälkeisenä aikana ja korostui 1990-luvun julkisten palveluiden leikkausten myötä. Terveystalot neuvola- ja kunnanlääkärivastaanottoineen puolestaan rakentuivat 1940-luvulla alueellisia lähipalveluita korostavan ajattelun symboleiksi, ja juuri neuvolalaitos on säilyttänyt kiistattoman asemansa koko kansaa yhdistävänä ilmaispalveluna. Kunnanlääkärit korvannut terveyskeskus edusti 1960–1970-lukujen kaikille avointa palveluihannetta, ja tuoreimman vaiheen uusi ajattelu konkretisoitui yksityisissä lääkärikeskuksissa. Vaikka yksityislääkärit olivat olennainen osa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää jo 1900-luvun alussa, uutena piirteenä oli toiminnan muuttuminen kansainväliseksi liiketoiminnaksi.

Kutakin terveyskansalaisuuden kautta luonnehti erityyppinen sairausturvaetuusjärjestelmä. Suomalainen erityispiirre oli sairausvakuutuksen viivästyminen, minkä seurauksena sairausajan toimeentuloturva pohjautui 1960-luvulle asti pääosin köyhäinapuun. Tarveharkintaisen köyhäinavun rinnalle luotiin 1930-luvulta lähtien erillisiä, yksittäisiin terveyteen liittyviin toimeentuloriskeihin – äitiys, vanhuus, työkyvyttömyys, sotavammat, invaliditeetti – kohdistuvia etuuksia, jotka nostivat tietyt kansalaisryhmät köyhäinhoitokansalaisuudesta. Sairausvakuutus, joka 1960–1980-luvuilla edusti koko kansan kattavaa sosiaaliturvajärjestelmää, irtautui 1990-luvulla lähtökohdistaan sulkiessaan etuuksien ulkopuolelle ansiotulottomat henkilöt ja asettaessaan heidän tarveharkintaisen tuen varaan.

Terveyspalveluiden kautta rakentui erityisiä kohderyhmiä, joihin terveyskansalaistamisen vaatimus nimenomaisesti suunnattiin: 1900-luvun alussa rahvas eli alemmat kansankerrokset määrittyivät ylempien luokkien tarjoaman terveysvalistuksen kohteeksi, 1920–1950-luvuilla äitien ja lasten terveys nähtiin kansan terveyden ehtona, kun taas 1960–1970-luvuilla huomion kohteena oli syrjäseutujen asukkaiden ja erityisesti miesten integroiminen terveyspalveluiden piiriin. Etuusjärjestelmien ja terveyspalveluihin pääsyn kautta rakentui samalla terveyskansalaisuuden arvoasteikoita ja hierarkioita, joilla täyden kansalaisaseman omaavat eroteltiin osittaisista kansalaisista ja kansakuntaan kuulumattomista. Hierarkiat kytkeytyivät paitsi hoidon saatavuuteen myös sen laatuun ja hoidon saannin yhteiskunnalliseen stigmaan.

Jo 1800-luvun lopulla muodostunut kolmijako julkisiin, yksityisiin ja työsuhteeseen perustuviin terveyspalveluihin säilyi koko 1900-luvun ajan, ja myös hoitoonpääsyn kautta rakentuvat terveyskansalaisuuden hierarkiat muodostuivat varsin pysyviksi. Etuoikeutettuna ryhmänä säilyivät vuosikymmenestä toiseen varakkaimmat, joilla oli käytössään maksuvalmiuteen perustuva nopea pääsy kaupunkien yksityisvastaanotoille sekä sairaaloiden erikoismaksuluokkien hoitosijoille. Äitien ja lasten ennaltaehkäisevät palvelut sekä toisaalta hyvässä palkkatyösuhteessa olevien työterveysturva nostivat nämä ryhmät erityisasemaan. Pohjimmaisena ryhmänä olivat puolestaan ne, joita hoidettiin köyhäinhoidon kustannuksella kunniallisten kansalaisten karttamissa, huonolaatuista hoitoa tarjoavissa köyhäintaloissa eli kunnalliskodissa. Varsinkin mielenterveysongelmaiset ja pitkäaikaissairaat vanhukset jäivät näiden stigmatisoitujen järjestelyjen piiriin. Yhtä lailla sukupuolitautisten ilmaishoito pakkolaitoksineen kantoi tautiin liittyneitä kielteisiä leimoja.

Sekä alueelliset, sosiaaliset että ikään ja sukupuoleen liittyvät hierarkiat alkoivat tasoittua 1960–1980-lukujen aikana. Terveyskeskusjärjestelmä nosti hetkellisesti maaseudun perusterveydenhuollon saatavuuden jopa kaupunkia paremmalle tolalle. Sen sijaan 1990-luvulla terveyskansalaisuuden hierarkiat alkoivat jälleen voimistua. Il-

maista lääkärinhoitoa oli tarjolla vain lapsille ja työelämässä mukana oleville, ja perusterveydenhuollon jakautuminen terveyskeskuksen, työterveyshuollon ja yksityissektorin tarjoamiin palveluihin loi uusia sosiaalisia ja alueellisia jakoja kansalaisten välille.

Universalismi ja universalistiset palvelut

Terveyspalveluita koskevassa ajattelussa tasa-arvon huippukautena näyttäytyvät 1960–1980-luvut, jotka on nimetty myös universalismin vakiintumisen kaudeksi Suomessa. *Universalismilla* viitataan tällöin yhteiskunnalliseen ideologiaan, jossa terveydenhuolto ja sairausajan turva mielletään kaikkien kansalaisten yhtäläiseksi sosiaaliseksi oikeudeksi. Käytännössä universalistisiksi tulkituissa terveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa ja etuuksissa on kuitenkin todettu noudatetun varsin erilaisia periaatteita. Jos universalismia tarkastellaan yksittäisen etuuden tai palvelun kohdistamisen menetelmänä, kysymys *universaalin etuuden tai palvelun* kriteereistä osoittautuu varsin moniulotteiseksi ja tulkinnanvaraiseksi.[2] Kun universalismi-käsite omaksuttiin suomalaiseen keskusteluun vasta 1900-luvun lopulla pohjoismaisen hyvinvointimalli-käsitteen määrittelyn – ja sen puolustuspuheen – osana,[3] historiallinen aineisto tarjoaa mahdollisuuden käsitteen selitysvoiman ja rajojen tarkasteluun.

Palvelun tulkitsemisen universaaliksi on todettu edellyttävän, ettei järjestelmä erottele kohdejoukkoa tulotason perusteella – eikä siis stigmatisoi köyhiä erityiseksi ryhmäksi – vaan kaikki voivat käyttää samoja palveluita. Ihanteena on universaalipalvelun maksuttomuus. Anttosen ja Sipilän mukaan maksullisuus ei kuitenkaan ole ristiriidassa universalismin periaatteen kanssa, mikäli maksut ovat niin alhaiset etteivät ne vaikuta olennaisesti palvelun käyttöön tai jos ne porrastetaan maksukyvyn mukaan.[4] Pirkko Rauhala on korostanut, että sosiaalipalveluiden osalta asiakasmaksut nähtiin 1960–1970-luvuilla

2 Kildal & Kuhnle 1995; Lehto 1998; Anttonen & Sipilä 2010; Kautto 2012, 144–161.
3 Hänninen 2001, 19–21; Anttonen & Sipilä 2010, 113–115.
4 Anttonen & Sipilä 2000, 165–171.

jopa kaikkiin kansalaisiin kohdentuneen käytännön tunnusmerkkinä: samalla kun kuka tahansa oli tarvittaessa oikeutettu palveluun maksamalla siitä tulojensa mukaan, palvelut irtautuivat köyhäinhoidollisesta kytkennästä.[5] Sen sijaan esimerkiksi peruskoulutuksen alalla asiakasmaksujen on katsottu vakavasti rikkovan universaaliuden periaatetta, mikä kertoo kysymyksen tulkinnanvaraisuudesta.[6]

Terveyspalveluiden osalta piirilääkäreiden jo 1800-luvulta lähtien käyttämien porrastettujen maksujen ja köyhimmille tarjotun ilmaisen hoidon voidaan katsoa täyttäneen edellä mainitut universaalin palvelun kriteerit, joskin virkojen vähäisyys rajoitti merkittävästi palvelun kattavuutta. Piirilääkäri-instituution olemassaolo osoittaa, ettei universalistinen ajatusmuoto ole yksinomaan modernin, sodanjälkeisen ajan tuote vaan mahdollinen jo köyhäinhoidon hallitsemassa kulttuurissa. Sen sijaan kunnanlääkäripalveluiden osalta avun saamisen köyhäinhoidollinen kytkös kansalaisasemaa rajoittavine seuraamuksineen rikkoi universalismiin kytketyn vaatimuksen etuuden tai palvelun ihmisarvon säilyttävästä, ei-nöyryyttävästä luonteesta.[7] Vaikka neuvoloiden, kätilöiden ja terveyssisarten ennaltaehkäisevät palvelut määriteltiin kokonaan maksuttomiksi jo 1940-luvulla, lääkäripalvelut säilyivät edelleen maksullisina ja köyhäinhoidollisen korvausvelvoitteen alaisina. Siten vasta terveyskeskuslääkäri-instituutio alhaisine hoitomaksuineen (1972–1980) ja ilmaisvastaanottoineen (1981–1992) voidaan nähdä avohoidon lääkäripalvelun osalta universaaliuden toteutumana. Varsin kyseenalaista sen sijaan on, voidaanko köyhimmille maksuvaikeuksia aiheuttanutta 1990-luvun terveyskeskusmaksujärjestelmää lainkaan sovittaa universaalin palvelun tunnusmerkkeihin – etenkin kun samanaikaisesti tarjolla oli yhteiskunnan tukemaa työsuhdepohjaista, käyttäjälleen ilmaista hoitoa.

Anttosen ja Sipilän mukaan hankalin periaatteellinen kysymys on, voiko universaali etuus olla ansiosidonnainen. He itse ovat todenneet, että ”etuus voi olla ansiosidonnainen, mutta se ei voi olla tarkoitettu vain työvoimaan kuuluville tai kuuluneille. Tärkeintä on siis se, että

5 Rauhala 1996, 101–102.
6 Lehto 1998, 414.
7 Kildal & Kuhnle 2005, 23.

kaikki ovat oikeutettuja samaan etuuteen”.[8] Kriittisemmän tulkinnan mukaan ansiosidonnaisten etuuksien nimittäminen universaaleiksi on ”universalismin pelastamista verbaalitasolla”.[9] Suomessa ansiosidonnainen terveysturva rakentui 1900-luvun alussa työtapaturmavakuutuksen, tehdaslääkäreiden ja tehdaskassojen pohjalta. Kun työterveydenhuolto lakisääteistettiin 1970-luvun lopulla terveyskeskusjärjestelmälle rinnakkaiseksi palveluväyläksi, se luotiin täydentämään aukollista julkista palveluverkkoa. Vaikka työterveys kohdistui vain rajattuun osaan väestöstä, se ei kuitenkaan tarjonnut erityisiä lisäetuja vuodesta 1981 maksuttomina tarjottuihin julkisiin terveyskeskuspalveluihin verrattuna: voidaan siis ajatella, että universalismin periaate säilyi, kun kaikki kansalaiset olivat organisaatioeroista huolimatta oikeutettuja samantyyppisiin palveluihin. Sen sijaan 1990-luvulla näiden vaihtoehtoisten palvelukanavien maksukäytäntöjen, hoitoonpääsyn nopeuden ja hoidon tarjonnan erot merkitsivät selvää irtautumista universalismin lähtökohdista. Sairausvakuutus, joka sisälsi sekä kaikille maksetun minimi- että ansiosidonnaisen päivärahan, sopi universaalin etuuden määritelmään vuoteen 1996 asti, jolloin palkkatulottomat pudotettiin etuuden piiristä pois.

Vaikka taloudellisesta tarveharkinnasta vuonna 1949 vapautettu äitiysavustus onkin kohotettu suomalaisen tasa-arvon symboliksi, kirjaimellisesti ottaen etuus ei ollut täysin universaali sikäli, että se rajasi 1970-luvulle asti köyhäinhoidon varassa eläneet ja vangit etuuden ulkopuolelle. Esimerkiksi invalidihuollon tauti- ja ryhmäkohtaiset järjestelmät, jotka ylläpitivät eri olosuhteissa ja eri tavoin vammautuneiden kansalaisten eriarvoisuutta, sopivat puolestaan huonosti universalismin samanlaisuutta ja tasa-arvoisuutta korostaviin periaatteisiin.

Kysymys pakon ja universalismin suhteesta on terveydenhuollon osalta moniulotteinen.[10] Nanna Kildal ja Stein Kuhnle ovat tulkinneet kulkutautien torjumiseen tähtäävän 1800-luvun lainsäädännön

8 Anttonen & Sipilä 2010, 117.
9 Sipilä 2009, 7. Myös: Anttonen et al. 2012, 8; Kautto 2012, 146.
10 Esimerkiksi Lehto (1998, taulukko 1, 415) on tulkinnut, että palvelun käyttöön liittyvä velvollisuus on ”potentiaalinen rajoitus universaaliseen oikeuteen käyttää hyvinvointipalveluja”.

universalismin varhaisasteeksi.[11] Anttonen ja Sipilä ovat kuitenkin korostaneet, että kyse oli pikemminkin velvollisuudesta kuin palvelusta tai etuudesta: kulkutautien torjunta rokotuspakkoineen antoi laajat valtuudet puuttua kansalaisten oikeuksiin.[12] Sekä 1900-luvun alussa että vuosisadan lopulla terveyspalveluiden käyttö oli vain harvoissa poikkeustapauksissa – äkillisten tartuntatautien ja mielisairauden osalta – paitsi oikeus myös velvollisuus, mutta 1930–1950-luvuilla terveyspalvelutarjonnan laajentumiseen kytkeytyi pakkotoimien alan laajentuminen. Pakkotoimiin kytkeytyvässä ilmaishoidossa voidaankin nähdä kansalaisuuden kannalta samanaikaisesti sekä oikeuksia laajentavia että kansaan kuulumista rajoittavia jännitteitä. On huomionarvoista, että juuri samanaikaisesti universalismin ideologian läpimurron kanssa terveyspalveluihin kytkeytyvät pakkotoimet vähenivät ja huomio kiinnitettiin yksilön oikeuksiin.

Luottamus ja hyvinvointivaltion lupaukset

Terveyspalveluiden saavutettavuuden ihanne on kaikkien aspektien – luottamuksen, palvelutarjonnan ja taloudellisten esteiden poistamisen – toteutuminen samanaikaisesti ja kaikkien kansalaisten osalta. Avaintekijä on luottamus: kattavinkaan ilmaisena tarjottu julkinen terveyspalvelujärjestelmä ei rakennu hyvinvointia rakentavaksi sosiaaliseksi oikeudeksi elleivät kansalaiset koe palveluja omikseen. On ilmeistä, että luokkasidonnaisuudestaan huolimatta järjestö- ja yhteisöpohjaisen terveysvalistustyön välittämä lupaus paremmasta elämästä rakensi jo 1900-luvun alun Suomessa laajaa myöntyväisyyttä ja loi valmiutta sekä yksilöön kohdistuneiden hygieniavaatimusten että paikallisyhteisön taloudellisten satsausten välttämättömyyden hyväksymiseen.

Terveyden kansallisen merkityksen ja kansan kokonaisedun korostaminen tuotti vastaitsenäistyneessä ja sotaa käyvässä maassa uudenlaista myöntyvyyttä kuntia velvoittavien ja terveyspalveluiden

11 Kildal & Kuhnle 2005, 18.
12 Anttonen & Sipilä, 2010, 105.

rakentamista edellyttävien lakien säätämiseen. Se, että kaikkien sosiaaliluokkien naiset synnyttivät lapsensa kunnankätilön avustuksella, kävivät äitiys- ja lastenneuvolassa, saivat lapsilisää ja laittoivat lapsensa samaan kansakouluun, paikkasi sisällissodan luomaa kahtiajakoa ja loi luottamusta kaikkien kansalaisten yhtäläisiin oikeuksiin. Yhtä lailla äitiyspakkaus ja kansakoulun tarjoama kouluruoka olivat perheiden arkeen varsin konkreettisesti vaikuttavia, yhteiskunnan huolenpidosta ja kansakuntaan kuulumisesta kertovia etuuksia. Kun samanaikaisesti lääketiede tarjosi neuvoloiden ja kunnanlääkäreiden välityksellä uusia välineitä kohtalokkaidenkin tartuntatautien ehkäisemiseen ja hoitoon, tämä osaltaan vaikutti tautien torjumiseksi säädettyjen pakkokeinojen hyväksymisen itsestäänselvyyteen. Kuolleisuuden, erityisesti imeväiskuolleisuuden lasku oli osa yhteiskunnallisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden lupausta. Se, että kaikki osallistuivat kustannuksiin ja kaikki hyötyivät palveluista ja etuuksista, vähensi potentiaalista epäluottamusta "ei-ansaitsevien" auttamista kohtaan.[13]

Laeiksi ja oikeuksiksi institutionalisoidut lupaukset ylläpitivät ja ruokkivat luottamuksen ilmapiiriä terveyspalveluiden saavutettavuuden huippukaudella 1970–1980-luvuilla. Sosiaalipoliittiset etuudet ja palvelut uppoutuivat tuolloin hyväksytyksi osaksi arkea ja samalla puitteiksi, joissa ihmiset suunnittelivat elämäänsä.[14] Juho Saari on kuitenkin korostanut, ettei Marshallin tulkinta jaetun kansalaisaseman synnyttämästä sosiaalisesta yhteenkuuluvuudesta välttämättä enää toimi palvelujärjestelmän vakiintuessa: vaikka sosiaalisten oikeuksien laajentuminen onkin saattanut luoda yhteisyyttä, seuraavalle sukupolvelle kyseiset oikeudet jo ovat institutionalisoituneen rakenteen osasia, jotka sinällään eivät luo ja ylläpidä integraatiota.[15]

Vuosituhannen lopulla esiin nousi luottamukseen kytkeytyvä kysymys jatkuvuudesta: pätevätkö luodut lupaukset ja "sopimukset" myös tulevaisuudessa ja säilyykö palveluiden ja etuuksien laatu samanlaisena.[16] Vaikkakin eriarvoistuminen ja terveyskeskuspalveluiden ra-

13 Julkunen & Niemi 2002, 161–180; Ahola & Arajärvi 2010.
14 Julkunen 2003, 32–33, 39.
15 Saari 2013, 289.
16 Saari 2003, 13–14; Julkunen & Niemi 2002, 167, 171.

pautuminen osaltaan romuttivat luottamusta, hyvinvointipalveluiden kannatuksen korkeasta tasosta raportoineet mielipidemittaukset kertoivat edelleen julkisen palvelujärjestelmän saamasta laajasta tuesta.[17]

Terveyskansalaisuuden murrokset ja potentiaaliset hetket

Terveyttä koskevan julkisen vastuun on todettu laajenneen Euroopassa periaatteessa samanlaisen yleiskaavan mukaan: aluksi vain köyhäinhoidokkeja koskenut yhteiskunnan apu ulotettiin vähitellen tiettyihin erityisryhmiin ja sen jälkeen yhä suurempaan osaan väestöstä joko vähitellen, sosiaalivakuutuksen alaa laajentamalla – kuten esimerkiksi Ranskassa tai Saksassa – tai yhtäkkisesti luomalla kaikille pääsy terveyspalveluihin, kuten Englannissa.[18] Tarkemmat maakohtaiset vertailut osoittavat, kuinka erilaisin variaatioin eri maat rakensivat kansalaisuuteen, tarpeeseen ja ansioon pohjautuvia etuusjärjestelmiä. Jopa pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin sisältä on löydettävissä yksityiskohdiltaan varsin erilaisia sosiaaliturvan käytäntöjä.

Suomen terveyspalvelujärjestelmän tarkastelu osoittaa, ettei toteutunut kehityskulku suinkaan ollut itsestään selvä ja ainoa mahdollisuus: terveyskansalaisuuden 1900-luvun kehityksessä on havaittavissa myös potentiaalisia hetkiä täysin erilaisille kehityssuunnille. Yksinomaan palkkatyöläisiin kohdistuneen sairausvakuutuksen toteutuminen 1920-luvulla olisi muovannut koko terveyspalvelujärjestelmän eri uralle ja korostanut palkkatyön asemaa terveyskansalaisuuden hierarkioiden määrittäjänä. Mikäli eduskunnan niukan enemmistön hyväksymä toivomus ilmaisista lääkäripalveluista olisi puolestaan toteutunut jo 1950-luvun alussa, olisi sekä sairausvakuutuksen että työterveyshuoltojärjestelmän kehitys muotoutunut eritahtiseksi ja -laajuiseksi. Jos taas 1990-luvulla lyhytaikaisesti käytössä olleet työterveyshuollon asiakasmaksut olisi joko määritelty terveyskeskusmaksujen tavoin pysyviksi – tai maksut olisi poistettu kummastakin järjestelmästä yhdenmukaisesti – suomalainen terveysjärjestelmä näyttäisi kansalaisten

17 Julkunen & Niemi 2002, 173–174.
18 Freeman 2000, 23–24.

tasa-arvon näkökulmasta varsin erilaiselta. Terveyspalvelujärjestelmälle on haettu uutta suuntaa juuri yhteiskunnan murroskausina, ja kunkin aikakauden tulkinta kansalaisen sosiaalisista oikeuksista on asettanut raamit niille lainsäädännöllisille kompromisseille, joiden tuloksena palvelut ovat pala palalta rakentuneet.

LUETTELO TAULUKOISTA, KUVIOISTA JA KARTOISTA

Taulukot

Kuviot

Kartat

Lyhenteet

A	Asiakirjat
FLH	Finska Läkaresällskapets Handlingar
HS	Helsingin Sanomat
KM	Komiteanmietintö
PK	Pöytäkirja
SAik	Sosiaalinen Aikakauskirja
SLA	Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti
SLAk	Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehden kunnanlääkäriosasto
STV	Suomen tilastollinen vuosikirja
SVT	Suomen virallinen tilasto
THL	Terveydenhoitolehti
VP	Valtiopäiväasiakirjat

Lähdeluettelo

Arkistolähteet
Kansallisarkisto
Valtioneuvoston kirjaajankonttorin arkisto. Valtioneuvoston pöytäkirjat I–II 1929. Ca:122–123.

Lait, asetukset
Asetus eräistä sairaanhoitolaitosten maksuista, korvauksista ja palkkioista annetun asetuksen muuttamisesta 4.7.1970 no 487.
Asetus kansakoulujen hammaslääkärintoimesta 2.6.1956 no 551.
Asetus kansakoulujen lääkärintoimesta 20.2.1953 no 123.
Asetus keskussairaaloissa suoritettavista maksuista 29.12.1956 no 682.
Asetus kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31 päivänä toukokuuta 1929 annetun lain toimeenpanosta 31.7.1929 no 270.
Asetus Maailman terveysjärjestön perussäännön sekä siihen liittyvän sopimuksen ja pöytäkirjan voimaansaattamisesta 8.10.1948 no 26.
Asetus raskauden keskeyttämisestä 5.5.1950 no 232.
Asetus sisältävä valtion siviilisairaalain ohjesäännön 16.6.1938 no 242.
Asetus sisältävä valtion sivilisairaalain ohjesäännön 4.12.1931 no 335.
Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta 30.12.1992 no 1648.
Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 8 ja 12 §:n muuttamisesta 26.3.1997 no 290.
Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta 16.1.1976 no 6.
Asetus terveyskeskuksessa perittävistä maksuista ja korvauksista 10.3.1972 no 206.
Asetus työterveyshuoltopalvelujen lisäksi järjestettävien avosairaanhoidon lääkäripalvelujen väliaikaisesta vuosimaksusta 30.12.1992 no 1670.
Asetus työväen tapaturmavakuutuksesta 5/18.8.1917 no 64.
Asetus valtion sairaaloissa perittävien korvausten ja palkkioiden vahvistamisesta ja suorittamisesta 23.12.1954 no 537.
Asetus valtion sairaaloissa perittävien korvausten ja palkkioiden vahvistamisesta ja suorittamisesta annetun asetuksen muuttamisesta 11.5.1956 no 299.
Asetus valtion siviilisairaalain ohjesäännön sisältävän asetuksen muuttamisesta 14.5.1937 no 200.
Asetus valtion siviilisairaalain ohjesäännön sisältävän asetuksen muuttamisesta 23.12.1953 no 537.

Asetus valtion siviilisairaaloissa suoritettavista päivämaksuista 5.11.1920 no 281.
Asetus valtion siviilisairaaloissa suoritettavista päivämaksuista 18.12.1925 no 348.
Asetus äitiysavustuslain toimeenpanosta 29.4.1949 no 348.
Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989 no 1062.
Huoltoapulaki 17.2.1956 no 116.
Invaliidihuoltoasetus 30.12.1946 no 908.
Invaliidihuoltolaki 30.12.1946 no 907.
Invaliidirahalaki 14.6.1951 no 374.
Kansaneläkelaki 8.6.1956 no 347.
Kansanterveyslaki 28.1.1972 no 66.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus kuppatautien vastustamisesta 28.5.1894 no 27.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus maalaiskuntain kunnallishallinnosta 15.6.1898 no 21.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus rokotuksesta Suomenmaassa 17.12.1883 no 39.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa 22.12.1879 no 31.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Johtosääntö Helsingin yleiselle sairashuoneelle 12.2.1900 no 2.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus Helsingin yleisen sairashuoneen järjestysmuodon muuttamisesta 29.1.1900 no 2.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus Yleisestä Waiwaishoidosta Suomen Suuriruhtinanmaassa 17.3.1879 no 10.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä toimenpiteistä kuppatauteja vastaan 28.5.1894 no 27.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Julistus, sisältävä tarkempia määräyksiä sairasmielisten hoidosta 28.5.1889 no 23.
Keisarillisen Majesteetin Armollinen Ohjesääntö kätilöimille Suomessa 6.5.1879 no 17.
Keisarillisen Suomen Senaatin päätös ohjesääntöisen haureuden lakkauttamisesta 16.5.1907 no 22.
Keisarillisen Suomen Senaatin päätös, koskeva valtion sairaaloissa suoritettavia päivämaksuja 21.10.1913 no 31.
Keisarillisen Suomen Senaatin päätös, koskeva valtion sairaaloissa suoritettavia päivämaksuja 20.12.1916 no 93.
Keskussairaalalaki 7.5.1943 no 413.
Keskussairaalalaki 17.4.1948 no 312.
Kodinperustamislainalaki 29.11.1945 no 1177.

Köyhäinhoitolaki 1.6.1922 no 145.
Laki eläkkeistä vapaussodassa haavoittuneille sotureille sekä kaatuneiden ja sairauden johdosta kuolleitten soturien perheenjäsenille 28.4.1919 no 55.
Laki eräiden lakien voimaantulon lykkäämisestä 30.12.1941 no 934.
Laki hengityshalvauspotilaiden hoitokustannuksista 15.3.1957 no 129.
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012 no 980.
Laki huoltoapulain muuttamisesta 10.4.1970 no 275.
Laki invaliidihuoltolain muuttamisesta 9.5.1952 no 209.
Laki kansakoulujen hammaslääkärintoimesta 17.5.1956 no 297.
Laki kansakoulujen lääkärintoimesta 31.10.1952 no 362.
Laki kansaneläkelain väliaikaisesta muuttamisesta 30.12.1959 no 540.
Laki kansanterveyslain muuttamisesta 4.1.1980 no 2.
Laki kansanterveyslain voimaanpanosta 28.1.1972 no 67.
Laki keskussairaaloiden rakentamisesta 27.6.1950 no 337.
Laki kunnallisesta kätilöntoimesta 18.6.1937 no 285.
Laki kunnallisesta kätilöntoimesta annetun lain 7 §:n muuttamisesta 13.6.1941 no 426.
Laki kunnallisille mielisairaaloille sekä tuberkulosia sairastavien hoitolaitoksille ja tuberkulosin vastustamistyön edistämiseksi annettavasta valtionavusta 31.5.1929 no 269.
Laki kunnallisista terveyssisarista 31.3.1944 no 220.
Laki kunnallisista yleissairaaloista annetun lain muuttamisesta 4.1.1980 no 3.
Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista 31.3.1944 no 224.
Laki kunnankätilöistä 31.3.1944 no 223.
Laki kätilöiden asettamisesta maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta annetun lain muuttamisesta 31.12.1924 no 346.
Laki kätilöiden asettamista maalaiskuntiin sekä niiden palkkauksesta 6.2.1920 no 18.
Laki köyhäinhoitolain muuttamisesta 7.4.1933 no 112.
Laki lääkärintoimen harjoittamisesta 23.1.1925 no 20.
Laki mielisairaslain muuttamisesta 27.7.1955 no 366.
Laki mielisairaslain muuttamisesta 23.6.1977 no 521.
Laki mielisairaslain 18 §:n muuttamisesta 4.1.1980 no 5.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 no 785.
Laki raskauden keskeyttämisestä 17.2.1950 no 82.
Laki rokotusvelvollisuudesta isonrokon liikkuessa tahi uhatessa 6.2.1920 no 17.
Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 30.12.1991 no 1714.
Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 4.7.1969 no 464.
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992 no 734.
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 ja 6 §:n muuttamisesta 30.12.1992 no 1646.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 §:n muuttamisesta 31.5.1996 no 367.
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 11 §:n muuttamisesta 17.12.1993 no 1288.
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 23.12.1999 no 1308.
Laki Suomen Hallitusmuodon muuttamisesta 17.7.1995 no 969.
Laki tulo- ja omaisuusverolain muuttamisesta 1.11.1946 no 822.
Laki tulo- ja omaisuusverolain väliaikaisesta muuttamisesta 10.12.1948 no 839.
Laki tulo- ja omaisuusverosta 3.8.1920 no 207.
Laki työterveyshuoltopalvelujen lisäksi järjestettävien avosairaanhoidon lääkäripalvelujen väliaikaisesta vuosimaksusta 30.12.1992 no 1669.
Laki työterveyshuoltopalvelujen lisäksi järjestettävien avosairaanhoidon lääkäripalvelujen väliaikaisesta vuosimaksusta 10.12.1993 no 1130.
Laki yleisestä lääkärinhoidosta 9.6.1939 no 197.
Laki yleisestä lääkärinhoidosta 9.3.1951 no 141.
Laki yliopistoissa ja korkeakouluissa opiskelevien ylioppilaiden pakollisesta lääkärintarkastuksesta 28.3.1958 no 142.
Laki äitiysavustuslain muuttamisesta 9.2.1945 no 125.
Laki äitiysavustuslain muuttamisesta 29.4.1949 no 347.
Laki äitiysavustuslain muuttamisesta 23.12.1976 no 1052.
Lapsilisälaki 22.7.1948 no 541.
Maalaiskuntain kunnallislaki 27.11.1917 no 108.
Mielisairasasetus 23.12.1952 no 448.
Mielisairaslaki 18.6.1937 no 286.
Mielisairaslaki 2.5.1952 no 187.
Perhelisälaki 30.4.1943 no 375.
Pitalitautilaki 22.6.1945 no 638.
Rokotuslaki 10.7.1936 no 258.
Rokotuslaki 14.6.1951 no 361.
Sairaalalaki 20.1.1956 no 49.
Sairausvakuutusasetus 1.11.1963 no 473.
Sairausvakuutuslaki 4.7.1963 no 364.
Sisäasiainministeriön päätös mielisairaanhoitolaitosten päivämaksuista 8.5.1953 no 204.
Sisäasiainministeriön päätös mielisairaanhoitolaitosten päivämaksuista 21.3.1968 no 183.
Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle Helsingin yleisessä sairaalassa suoritettavista päivämaksuista 30.12.1904 no 108.
Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista maan päälaitoksissa ja turvapaikoissa sairasmielisiä varten 3.10.1898 no 41.

Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista maan siviilisairaaloissa 20.12.1904 no 109.
Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista maan mielenvikaisten keskuslaitoksissa ja turvapaikoissa 20.12.1904 no 110.
Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista yleiseen lapsenpäästölaitokseen otetulta naiselta 3.10.1898 no 41.
Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle päivämaksuista yleiseen lapsenpäästölaitokseen otetuilta naisilta 20.12.1904 no 111.
Siviilitoimituskunnan kirje Lääkintöhallitukselle sairasmaksuista maan siviilisairashuoneissa 3.10.1898 no 41.
Sotatapaturmalaki 10.1.1941 no 15.
Sterilisoimisasetus 13.6.1935 no 228.
Sterilisoimislaki 13.6.1935 no 227.
Sukupuolitautiasetus 9.6.1939 no 199.
Sukupuolitautilaki 9.6.1939 no 198.
Sukupuolitautilaki 25.1.1952 no 52.
Suomen perustuslaki 11.6.1999 no 731.
Suomen Suuriruhtinaanmaan Rikoslaki 19.12.1889 no 39.
Tartuntatautilaki 25.7.1986 no 583.
Tartuntatautiasetus 31.10.1986 no 786.
Terveydenhoitolaki 1.7.1927 no 192.
Terveydenhoitosääntö 2.12.1927 no 336.
Tuberkuloosiasetus 11.11.1927 no 298.
Tuberkuloosiasetus 1.10.1948 no 726.
Tuberkuloosilaki 3.9.1948 no 649.
Tuberkuloosilaki 26.7.1960 no 355.
Tulo- ja omaisuusverolaki 19.11.1943 no 888.
Työntekijäin tapaturmavakuutuslaki 12.4.1935 no 152.
Työterveyshuoltolaki 29.9.1978 no 743.
Työväen tapaturmavakuutuslaki 17.2.1925 no 271.
Vajaamielislaki 7.3.1958 no 107.
Valtioneuvoston päätös asevelvollisten omaisille sodan aikana annettavasta vapaasta sairaanhoidosta ja hautausavusta annetun valtioneuvoston päätöksen kumoamisesta 21.2.1946 no 153.
Valtioneuvoston päätös invaliidihuollon antamisesta eräille jatkuvaa sairautta poteville invaliideille 25.6.1953 no 300.
Valtioneuvoston päätös invaliidihuollon antamisesta eräille jatkuvaa sairautta poteville invaliideille annetun valtioneuvoston päätöksen muuttamisesta 18.3.1954 no 159.
Valtioneuvoston päätös invaliidihuollon antamisesta eräille jatkuvaa sairautta poteville invaliideille 2.12.1955 no 487.
Valtioneuvoston päätös niistä perusteista, joiden mukaan mielisairaalalaitoksille valtioapua voidaan myöntää 16.6.1920 no 188.

Valtioneuvoston päätös perheellisille sotaleskille annettavista sairausavustuksesta 30.1.1947 no 68.
Valtioneuvoston päätös työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon kustannusten korvausperusteista 14.12.1978 no 988.
Valtiovarainministeriön päätös tulo- ja omaisuusverotuksessa lääkärin- ja lääkekulujen tähden tehtävästä tulon vähennyksestä 8.1.1952 no 8.
Valtiovarainministeriön päätös tulo- ja omaisuusverotuksessa lääkärinkulujen tähden tehtävästä tulon vähennyksestä 10.1.1947 no 15.
Äitiysavustuslaki 13.6.1941 no 424.
Äitiysavustuslaki 24.9.1937 no 322.

Komiteanmietinnöt (KM)

KM 1892:8. Hänen Keisarilliselle Majesteetillensa lääkärihoidon maalla uudestaan järjestämistä varten asetetulta komitealta.
KM 1900:8. Hänen Keisarilliselle Majesteetillensa Komitea ehdotuksen tekemistä varten toimenpiteiksi tuberkuloosin leviämisen ehkäisemiseksi maassa.
KM 1907:9. Köyhäinhoitoasetusta tarkastamaan asetettu komitea.
KM 1908:6. Mielisairashoitokomitean mietintö I. Varsinaisten mielisairasten hoito.
KM 1908:7. Komitea, joka on asetettu laatimaan ehdotusta maaseudun lääkärinhoidon järjestämiseksi sekä uudeksi terveydenhoitoasetukseksi.
KM 1912:5. Komitea, joka on asetettu valmistamaan ehdotusta kätilöiden opetuksen järjestämiseksi ja uudeksi asetukseksi kätilöistä.
KM 1918:1a. Soturien avustamiskomitean mietintö.
KM 1918:7. Köyhäinhoitokomitealta.
KM 1921:15. Yhteiskunnan lasten- ja nuorisonsuojelu.
KM 1923:2. Mielisairaanhoitokomitea.
KM 1924:3. Komitealta, joka on asetettu laatimaan ehdotusta tarpeellisista toimenpiteistä tuberkuloosin vastustamiseksi maassamme.
KM 1924:10. Ehdotus sukupuolitautien vastustamiseksi: komiteanmietintö.
KM 1927:11. Kunnallisille mielisairaaloille ja tuberkuloosia sairastavien hoitolaitoksille sekä tuberkuloosin vastustamistyöhön annettavan valtionavun perustamiseksi.
KM 1929:5. Komitealta, joka on asetettu harkitsemaan kysymystä tylsämielisten ym. sterilisoinnista.
KM 1931:15. Kunnansairaalakomitean mietintö.
KM 1935:7. Köyhäinhoidon korvausperusteita käsittelemään asetetulta komitealta.
KM 1938:2. Kunnallisen verorasituksen tasoittaminen.
KM 1939:9. Maaseudun terveydenhoito-olot ja niiden kehittäminen. Maaseudun terveydenhoitokomitean mietintö.

KM 1941:12. Kansanterveyden tutkimus- ja opetuslaitosta suunnittelevan komitean mietintö.
KM 1942:18. Väestökomitean mietintö no 2 äitiys- ja lastenhuollon neuvoloista ja kunnallisesta kätilöntoimesta.
KM 1943:7. Komiteanmietintö kunnallisten mielisairaalain ja tuberkuloosiparantolain valtionavustuksen järjestämisestä.
KM 1946:4. Huoltolakien tarkastamiskomitean mietintö.
KM 1949:7. Huolto-ohjelmakomitean mietintö.
KM 1954:43 mon. Sairaalamaksukomitean osamietintö.
KM 1956:38 mon. Sairaalamaksukomitean mietintö no 2. Sairaalamaksujärjestelmästä.
KM 1964:B 9. Mielisairaslain tarkistamiskomitean mietintö.
KM 1965:B 72. Kansanterveyskomitean mietintö.
KM 1969:A 3. Kansanterveystoimikunnan mietintö.
KM 1970:B 76. Pitkäaikaishoitotoimikunnan mietintö.
KM 1971:A 25. Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö I. Yleiset periaatteet.
KM 1971:B 4. Terveydenhuollon suunnittelukomitean mietintö.
KM 1972:B 97. Sosiaalisten verovähennysten ja tulonsiirtojen selvittelytoimikunnan mietintö.
KM 1976:94. Terveyskasvatustoimikunnan mietintö.
KM 1979:9. Kuntoutuspalvelujärjestelmän kehittämistoimikunnan mietintö.
KM 1984:17. Mielenterveystyön komitean mietintö I osa. Mielenterveystyön kehittämisen perustelut.
KM 1989:13. Eläkekomitea 1987:n mietintö.

Muut viralliset suunnitelmat ja ohjelmat

Constitution of the World Health Organization 1946. http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html (Luettu 9.9.2014).
Elämisen laatu. Liite 1. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti. Talousneuvosto, Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Helsinki 1972 (1972b).
Elämisen laatu. Tavoitteet ja mittaaminen. Talousneuvosto, Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Helsinki 1972. (1972a).
Hallituksen terveyspoliittinen selonteko eduskunnalle 26.3.1985. Helsinki 1985.
LV 1933:6. Lainvalmistelukunnan julkaisuja. Ehdotus hallituksen esitykseksi eduskunnalle mielisairaslaiksi.
LV 1947:4. Lainvalmistelukunnan julkaisuja. Ehdotus hallituksen esitykseksi eduskunnalle mielisairaslaiksi ja laiksi kunnallisille mielisairaanhoitolaitoksille annettavasta valtionavusta.
Pääministeri Aimo Cajanderin III hallituksen ohjelma. Cajanderin ohjelmapuhe valtioneuvoston yleisessä istunnossa 12.3.1937.http://valtioneuvosto.fi/

tietoa-valtioneuvostosta/hallitukset/hallitusohjelmat/vanhat/cajanderIII/fi.jsp (Luettu 4.5.2011).
Sosialidemokraattisen puolueen ohjelma 17–20.8.1903. http://www.fsd.uta.fi/pohtiva/ohjelma?tunniste=sdpohjelma1903 (Luettu 4.5.2011).
Sosiaaliturvan suunta 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:2. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2002.
Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2009.
Terveydenhuollon ohjelma vuosille 1975–79. Lääkintöhallitus, Helsinki 1974.
Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1986.
Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. TK 2000 johtoryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2/1993. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1993.
Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1993:29. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1993.
Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1975–1979. Helsinki 1974.
Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1980–1984. Helsinki 1979.
Valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä vuosina 1981–1985. Helsinki 1980.
Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001.
Universal Declaration of Human Rights 1948. http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin (Luettu 9.9.2014).
WHO. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. ICP/HLE 121 28 June 1994, 5–6. www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (Luettu 25.9.2014).
YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitean viimeisimmät Suomea koskevat päätelmät ja suositukset 01/12/2000. E/C.12/1/Add.52. http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentid=67755 (Luettu 25.9.2014).

Tilastot, vuosikertomukset

Health Statistics in the Nordic Countries 1999. Nordic Welfare Database nowbase.org (Luettu 7.4.2014).
Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1973. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:9. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1974.

Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1996. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:32. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1997.
Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2000. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:36. Kansaneläkelaitos, Helsinki 2001. http://hdl.handle.net/10250/3104 (Luettu 8.8.2014).
Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2002. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:38. Kansaneläkelaitos, Helsinki 2003. http://hdl.handle.net/10250/3102 (Luettu 8.8.2014).
Kansaneläkelaitos. Kuviot-sarja. Sairausvakuutus 3.7. Sairaanhoitokorvausten omavastuuosuudet yksityisellä sektorilla 1964–2012. 6.3.2013. http://www.kela.fi/taulukot-ja-kuviot_kuviot-sarja (Luettu 30.3.2014).
Kansaneläkelaitos. Kuviot-sarja. Työterveyshuolto 5.1.-5.2. http://www.kela.fi/taulukot-ja-kuviot_kuviot-sarja (Luettu 2.9.2014).
Lääkärit Suomessa. Tilastotietoa lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2013. Lääkäriliitto, Helsinki 2013. http://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/ (Luettu 25.9.2014).
OECD Health at a Glance. OECD 2001. DOI : 10.1787/health_glance-2001-en
OECD Health at a Glance. OECD indicators 2003. OECD 2003. DOI : 10.1787/health_glance-2003-en
OECD Health Data. Health expenditure and financing. Health expenditure indicators 2014. DOI : 10.1787/health-data-en
Psykiatrian erikoisalan laitoshoito Suomessa. Psykiatrian erikoisalan laitoshoito Suomessa vuonna 1999 ja aikasarja 1970–1999 – tiedonantajapalaute 2/2001. Stakes, Terveydenhuollon hoitoilmoitustilastot 9.3.2001. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193986 (Luettu 5.5.2012).
STV Suomen tilastollinen vuosikirja 1902–2012.
SVT Suomen virallinen tilasto:
SVT VI:66:2. Väestötilastoa. Väestönmuutokset vuosina 1921–1925.
SVT XI:17–57. Lääkintölaitos. Lääkintöhallituksen kertomus 1900–1954.
SVT XI:58–73. Yleinen terveyden- ja sairaanhoito. Lääkintöhallitus 1955–1970.
SVT XI:74–78. Terveydenhuolto. Lääkintöhallituksen vuosikirja 1971–1982.
SVI XXI A:8–40 Köyhäinhoitotilasto 1900–1935.
SVT XXI A:2–7 Huoltotilasto 1938–1950.
SVT XXI B:14–24 1906–1916. Vaivaishoitotilasto. Vaivaishoidontarkastelijan vuosikertomuksia.
SXT XXIB:2–25 Sosiaalihuolto 1958–1983.
SVT Terveys. Terveydenhuollon trendit 2004. Stakes, Helsinki 2004.
Suomen sairaalatilasto 1992. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 1992.
Tampereen kaupungin köyhäinhoito 1920. Teoksessa: *Kertomus Tampereen kaupungin kunnallishallinnosta vuonna 1920*. Tampere 1922.

Tampereen terveyshoitolautakunnan kertomus 1900. Teoksessa: *Kertomus Tampereen kaupunginvaltuusmiesten toiminnasta v. 1900.* Tampere 1901.
Toimeentulotuki 1985–1990. Sosiaaliturva 1992:5. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki 1992.

Valtiopäiväasiakirjat (VP) [1]
VP 1907–1999.
VP. Suomen eduskunnan pöytä- ja asiakirjain sisällysluettelo 1907–1914. Helsinki 1930.

Sanomalehdet
Helsingin Sanomat (HS)
Hämeen Sanomat
Kansalainen
Kansan Lehti
Keski-Savo
Pohjalainen
Pohjois-Suomi
Rauman Lehti
Tampereen Sanomat
Työmies
Uudenkaupungin Sanomat
Uusi Aura
Uusimaa

Aikakauslehdet vuoteen 1959[2]
Duodecim
Finska Läkaresällskapets Handlingar (FLH)
Huoltaja
Lakimies
Kansantaloudellinen Aikakauskirja
Maalaiskunta
Sosiaalinen Aikakauskirja (SAik)
Suomen Lääkärilehti
Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehden kunnanlääkäriosasto (SLAk)
Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti (SLA)

1 Valtiopäiväasiakirjoista käytetään viitteissä kahta erilaista merkintätapaa: painettuihin asiakirjoihin viitataan merkinnällä VP vuosiluku (esim. VP 1907, PK I, 220; VP 1951, A III:1, Hall. es. no 27), kun taas eduskunnan sivuston (http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/akxhaku.sh?lyh=%27%27?kieli=su) digitoituina käytettyihin asiakirjoihin vuodesta 1991 alkaen viitataan merkitsemällä lyhenteen VP jälkeen sivuston käyttämä asiakirjan tunnus esim. VP HE 256/1991.

2 Vuodesta 1960 alkaen aikakauslehtiartikkelit on eritelty tekijän mukaan Kirjallisuus-otsikon alla.

Terveydenhoitolehti (THL)
Valvoja
Yhteiskuntataloudellinen Aikakauskirja

Hakemistot, sanastot

Duodecimin sanaluettelo Suomen lääkäreille 1888. Duodecim, Helsinki.
Duodecimin sanaluettelo Suomen lääkäreille 1898. Duodecim, Helsinki (2. p.).
Duodecimin sanaluettelo Suomen lääkäreille 1909. Duodecim, Helsinki. (3. uud. p.).
Duodecim-lehden sähköinen hakemisto. Hakusana kansantervey*. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihaku%2Fsearch%2Faction (Luettu 27.2.2013).
Kansanedustajat 1907-. http://www.eduskunta.fi/thwfakta/hetekau/hex/hxent.htm (Luettu 5.5.2011).
Käsitemäärittelyjä 2008. Julkaistu 13.6.2006. Päivitetty 5.3.2008. http://info.stakes.fi/kansanterveystyo/FI/kasitteista/index.htm (Luettu 15.6.2010).
Uusia sanoja. Teoksessa: *Mitä missä milloin 1954. Kansalaisen vuosikirja*. Otava, Helsinki 1953.

Kirjallisuus

A.J.P. (1937) Terveysoppi. Teoksessa: *Iso Tietosanakirja XIII.* Otava, Helsinki, 919–920.
Aalto, Jorma S. (1986) Kantelut oikeusuojakeinona sosiaali- ja terveydenhuollossa. *SAik* 80 (1), 9–12.
Aaltonen, Katriina (1996) *Kaivataanko vaihtoehtoja? Kansalaisten mielipiteitä sosiaaliturvan vaihdettavuudesta.* Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Aer, Juhani & Rokka, Sinikka (1975) Terveyskeskuksen sairaanhoidon järjestäminen. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.), *Kansanterveystyön käsikirja.* Tammi, Helsinki, 254–279.
Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006) *Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vansinne på Själö hospital 1889–1944.* Åbo Akademis förlag, Åbo.
Ahola, Pasi & Arajärvi, Pentti & Kananoja, Aulikki (toim.) (2010) *Yhteiset vai ostetut? Sosiaalipalvelut hyvinvoinnin ja osallisuuden tuottajina.* Kalevi Sorsa -säätiön julkaisuja 5/2010. Kalevi Sorsa -säätiö, Helsinki.
Ailio, Lisa Päivikki (1970) Äitiysavustuksen epääminen. *SAik* 64 (1), 21–30.
Alaoutinen, Anniina (2010) *Hyvinvoinnin tukiverkko koetuksella. Helsingin palveluvirastojen toiminta kaupunginosien eriytymisen ehkäisemiseksi.* Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki. http://www.hel2.fi/tie

tokeskus/julkaisut/pdf/10_11_12_Tutkimuksia_3_Ala_Outinen.pdf (Luettu 7.1.2011).

Alapuro, Risto et al. (toim.) (1987) *Kansa liikkeessä.* Kirjayhtymä, Helsinki.

Alapuro, Risto & Stenius, Henrik (1987) *Kansanliikkeet loivat kansakunnan*. Teoksessa: Alapuro, Risto et al. (toim.), Kansa liikkeessä. Kirjayhtymä, Helsinki, 8–52.

Alestalo, Matti (1990) Vuoden 1895 tapaturmavakuutuslaki. Uudistus ylhäältä. Teoksessa: Peltonen, Matti (toim.), *Arki ja murros. Tutkielmia keisariajan lopun Suomesta*. SHS, Helsinki, 339–360.

Allardt, Erik (1976) *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia.* WSOY, Porvoo.

Alver, Bente Gullveig & Fjell, Tove Ingebjørg & Ryymin, Teemu (2013) *Vitenskap og varme hender. Den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 till i dag*. Scandinavian Academic Press, Oslo.

Andresen, Astri (2008) Health Citizenship and/as Sami Citizenship: Norway 1985–2007. Teoksessa: Andresen, Astri et al. (toim.), *Citizens, Courtrooms, Crossings.* Report 10. Stein Rokkan Centre for Social Studies, Bergen, 63–82. http://rokkan.uni.no/rPub/files/237_Report_10-2008.pdf (Luettu 8.10.2013).

Anttila, Anu-Hanna et al. (2009) Suurlakkoaika ja kansapuheen variaatiot. Teoksessa: Anttila, Anu-Hanna et al., *Kuriton kansa. Poliittinen mielikuvitus vuoden 1905 suurlakon ajan Suomessa.* Vastapaino, Tampere, 9–32.

Anttonen Anneli & Häikiö, Liisa & Stefansson, Kolbeinn (toim.) (2012) *Welfare state, Universalism and Diversity.* Edward Elgar, Cheltenham.

Anttonen, Anneli et al. (2012) Universalism and the challenge of diversity. Teoksessa: Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Stefánsson, Kolbeinn (toim.), *Welfare State, Universalism and Diversity.* Edward Elgar, Cheltenham*, 1–15.*

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Vastapaino, Tampere.

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2010) *Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikass*a. Janus 18 (2), 104–120.

Armstrong, David (1993) Public Health Spaces and the Fabrication of Identity. *Sociology* 27 (3), 393–410.

Autonomia ja heitteillejättö – eettistä rajankäyntiä (2004) Etene-julkaisuja 10. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) , Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-536.pdf (*Luettu 5.8.2014).*

Awofeso, Niyi (2004) What's New about the "New Public Health"? *American Journal of Public Health* 94 (5), 705–709.

Backman, Wold. (2009) Den allmänna hälso- och sjukvårdens utveckling i Finlands städer under åren 1874–1923. (Käsikirjoitus 1923). Teoksessa:

Hippokrates. Suomen Lääketieteen Historian Seuran Vuosikirja 2008. Suomen Lääketieteen Historian Seura, Helsinki, 92–166.
Berg, Annika (2009) *Den gränslösa hälsan. Signe och Axel Höjer, folkhälsan och expertisen*. Uppsala Studies in History of Ideas 39. Uppsala universitet, Uppsala.
Berge, Anders (2007) *Sjukvårdens underklass. Sjukvården i den kommunala fattigvården 1910–1950*. Boréa, Umeå.
Bergstedt, K.A. (1907) *Medicinalväsendet i Finland*. Lilius & Herzberg, Helsingfors.
Berling Åselius, Ebba (2005) *Rösträtt med förhinder. Rösträttstrecken i svensk politik 1900–1920.* Acta Universitatis Stockholmiensis. Almqvist & Wiksell International, Stockholm.
Björklund, Maija (1961) Äitiysavustus-, perhelisä- ja lapsilisäjärjestelmä. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille IX*. WSOY, Porvoo, 378–391.
Björkman, Jenny (2001) *Vård för samhällets bästa. Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970*. Carlsson, Stockholm.
Blom, Ida (2007) Contagion and Cultural Perceptions of Accepted Behaviour. Tuberculosis and Venereal Diseases in Scandinavia c.1900–c.1950. *Hygiea Internationalis* 6 (2), 121–133. http://dx.doi.org/10.3384/hygiea.1403-8668.0771121
Brecht, Christine & Nikolow, Sybilla (2000) Displaying the Invisible: Volkskrankheiten on Exhibition in Imperial Germany. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 31 (4), 511–530. http://www.uni-bielefeld.de/iwt/personen/nikolow/volkskrankheiten.pdf (Luettu 20.8.2011).
Briggs, Charles L. (2003) Why Nation-States and Journalists Can't Teach People to Be Healthy. Power and Pragmatic Miscalculation in Public Discourses on Health. *Medical Anthropology Quarterly* 17 (3), 287–321.
Brownlie, Julie (2008) Conceptualizing Trust and Health. Teoksessa: Brownlie, Julie et al. (toim.), *Researching Trust and Health.* Routledge, New York, 17–32.
Bryder, Linda (2008) Health Citizenship and "Closing the Gaps": Maori and Health Policy. Teoksessa: Andresen, Astri et al. (toim.), *Citizens, Courtrooms, Crossings.* Report 10. Stein Rokkan Centre for Social Studies, Bergen, 51–61. http://rokkan.uni.no/rPub/files/237_Report_10-2008.pdf (Luettu 8.10.2013).
Bäckman, Guy (1969) *Työikäiset miehet sairaalapalvelusten kuluttajina. Terveydenhuoltopoliittinen tutkimus työikäisten miesten sairaalapalvelusten kulutustasoon ja sairaalassaolon pituuteen vaikuttavista tekijöistä.* Lääkintöhallituksen tutkimuksia 7/1969. Lääkintöhallitus, Helsinki.
Bäckman, Guy (1975) Terveyspolitiikka sosiaalipolitiikassa. *SAik* 69 (5), 431–443.

Bäckman, Guy (1993) Terveyspolitiikka Suomessa. Teoksessa: Riihinen, Olavi (toim.), *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen.* Sitran julkaisusarja 123. WSOY, Helsinki, 533–584.
Böök, Einar (1923) Sosialipolitiikka. Teoksessa: *Valtiotieteiden käsikirja III.* Tietosanakirja-osakeyhtiö, Helsinki, 435–443.
Carroll, Patrick E. (2002) Medical Police and the History of Public Health. *Medical History* 46 (4), 461–494.
Edebalk, Per Gunnar & Olofsson, Jonas (1999) Sickness Benefits Prior to the Welfare State. The Case of Sweden. *Scandinavian Journal of History* 24 (3), 281–297.
Eenilä, Jukka (toim.) (1971) *Ruotiukkoja ja huutolaisia. Muistikuvia entisajan sosiaalihuollosta.* Tammi, Helsinki.
Elo, Olavi & Vaaranen, Esa (1975) Työterveyshuolto. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.), *Kansanterveystyön käsikirja.* Tammi, Helsinki, 397–407.
Eriksson, Lars D. (1967) *Pakkoauttajat.* Tammi, Helsinki.
Eriksson, Lars D. (1993) Sosiaaliset oikeudet. Teoksessa: Riihinen, Olavi (toim.), *Sosiaalipolitiikka 2017.* Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Sitran julkaisusarja 123. WSOY, Helsinki, 183–197.
Eräkanto, Seppo (1998) Lääkintähuollon ohjaus ja sisällön kehittyminen. Teoksessa: Eräkanto, Seppo & Merentie, Aini, *Invalidihuollon puoli vuosisataa (1947–1997). Historiaseminaarin raportti.* Aiheita 2/1998. Stakes, Helsinki, 111–121.
Eskelinen, Erkki (1998) Lääkintähuolto. Teoksessa: Eräkanto, Seppo & Merentie, Aini, *Invalidihuollon puoli vuosisataa (1947–1997). Historiaseminaarin raportti.* Aiheita 2/1998. Stakes, Helsinki, 106–110.
Eskola, Aarne (1968) Maaseudun sosiaalihuollon erityispiirteet. Teoksessa: *Huoltopäivien esitelmät 1967.* Sosiaalihuollon keskusliiton julkaisusarja no 6. Sosiaalihuollon Keskusliitto, Helsinki, 38–44.
Etzemüller, Thomas (2014) *Gunnar and Alva Myrdal. Social Engineering in the Modern World.* Lexington Books, London.
Finni, Saara (1976) *Rahat vai henki.* Gummerus, Jyväskylä.
Forsius, Arno (1993) *Sosiaali- ja terveydenhuollon kehitys Lahdessa vuosina 1866–1985.* Lahden kaupunki, Lahti.
Forsius, Arno (2003) *Valtion sairaaloiden synnytysosastot Suomessa 1890-luvulla.* http://www.saunalahti.fi/arnoldus/synnosas.html (Luettu 5.8.2014).
Forsius, Arno (2004a) *Lastenhoidon neuvonnan historiaa.* http://www.saunalahti.fi/arnoldus/lastneuv.html (Luettu 26.8.2014).
Forsius, Arno (2004b) *Tuberkuloosin hoito Suomessa*. http://www.saunalahti.fi/arnoldus/tubsuomi.html (Luettu 26.8.2014).
Forsius, Arno (2005) *Kuppatauti terveydenhuollon ongelmana Suomessa.* http://www.saunalahti.fi/arnoldus/kuppaend.html (Luettu 2.3.2013).

Forsius, Arno (2006) *Yrjö Kulovesi (1887–1943) – työpaikkalääkäri, Tampereen kaupungin terveydenhuollon luottamushenkilö ja työntekijä, psykoanalyysin tienavaaja Suomessa.* http://www.saunalahti.fi/arnoldus/kulovesi.htm (Luettu 7.2.2013).
Forsius, Arno (2013) *Kunnanlääkärinä Kiikassa 1954–57.* http://www.saunalahti.fi/arnoldus/kiikka.html (Luettu 12.8.2014).
Forsman, Otto (1983) *Lääkintähuollon säätelystä. Tutkimus invaliidihuoltolain (907/46) nojalla annettavan invalidihuollon sääntelyn kehityksestä erityisesti lääkintähuoltoa silmällä pitäen.* Hallinto-oikeudellinen sivuainetyö. Helsingin yliopisto.
Fraser, Nancy & Gordon, Linda (1994) Civil Citizenship Against Social Citizenship? Teoksessa: van Steenbergen, Bart (toim.) *The Condition of Citizenship.* Sage, London, 90–107.
Freeman, Richard (2000) *The Politics of Health in Europe.* European Policy Research Unit Series. Manchester University Press, Manchester.
G.S. (1937) Terveydenhoitaja. Teoksessa: *Iso Tietosanakirja XIII.* Otava, Helsinki, 918.
Gilson, Lucy (2003) Trust and the Development of Health Care as a Social Institution. *Social Science & Medicine* 56 (7), 1453–1468.
Gilson, Lucy (2006) Trust in Health Care: Theorethical Perspectives and Research Needs. *Journal of Health Organisation and Management* 20 (5), 359–375.
Gissler, Mika & Mattila, Pirkko (2000) *Toimeentulotuki 1999.* Tilastoraportti 14/2000. Stakes, Helsinki.
Gorsky, Martin (2008) The British National Health Service 1948–2008. A Review of the Historiography. *Social History of Medicine* 21 (3), 437–460. doi: 10.1093/shm/hkn064
Gulliford, Martin et al. (2002) What Does 'Access to Health Care' Mean? *Journal of Health Services Research and Policy* 7 (3), 186–188. doi: 10.1258/135581902760082517
Haapala, Pertti (1995) *Kun yhteiskunta hajosi. Suomi 1914–1920.* Painatuskeskus, Helsinki.
Haapala, Pertti (1998) Tarvitaanko kansallista historiaa? *Tieteessä tapahtuu* 16 (5). http://www.tieteessatapahtuu.fi/985/haapala.htm (Luettu 12.4.2012).
Haapala, Pertti et al. (toim.) (*2008) Kansa kaikkivaltias. Suurlakko Suomessa* 1905. Teos, Helsinki.
Haatanen, Pekka (1992) Elämän varjopuolelle joutuneiden parissa. Teoksessa: Haatanen, Pekka & Suonoja, Kyösti, *Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuott*a. VAPK-kustannus, Helsinki, 17–319.
Hakola, Aarno (1968) Psykiatristen potilaiden äänestämismahdollisuudet. *Mielenterveys* 8 (1–2), 40–42.

Hakosalo, Heini (2010) Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö. *Duodecim* 126 (13), 1544–1551.
Hallsten, Onni (1925) Työväenvakuutuksesta. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille VI.* WSOY, Porvoo, 362–373.
Halmesvirta, Anssi (1995) Kansallisen vastustuskyvyn puolesta. Konrad ReijoWaara ja degeneraation idea 1880–1918. *Historiallinen Arkisto 105*. SHS, Helsinki, 13–69.
Hamlin, Christopher (2008) Commentary 01. The Fate of "The Fate of the Concept of Medical Police". *Centaurus* 50 (1–2), 63–69. DOI: 10.1111/j.1600-0498.2008.00098.x
Hannikainen, Matti (2001) Velotaan? Helsingissä 1930-luvun laman aikana annetun köyhäinavun takaisinperintä. Teoksessa: Hannikainen, Matti & Salasuo, Mikko (toim.), *Elämän muotoja. Kertomuksia yksilöistä ja yhteiskunnasta.* Koala-kustannus, Helsinki, 44–59.
Hannikainen, Matti (2012a) Eläkejärjestelmän tulos. Teoksessa: Hannikainen, Matti & Vauhkonen, Jussi, *Ansioiden mukaan. Yksityisalojen työeläkkeiden historia.* SKS, Helsinki, 449–475.
Hannikainen, Matti (2012b) Teollistuvan agraariyhteiskunnan sosiaaliturva. Teoksessa: Hannikainen, Matti & Vauhkonen, Jussi, *Ansioiden mukaan. Yksityisalojen työeläkkeiden historia.* SKS, Helsinki, 13–49.
Hannikainen, Matti (2012c) Yhteiskunnan muutos ja eläkkeet. Teoksessa: Hannikainen, Matti & Vauhkonen, Jussi, *Ansioiden mukaan. Yksityisalojen työeläkkeiden historia.* SKS, Helsinki, 477–488.
Hannikainen, Matti (2013) Comparison, Measurement, and Economization. Teoksessa: Haggrén, Heidi & Rainio-Niemi, Johanna & Vauhkonen, Jussi (toim.), *Multi-Layered Historicity of the Present.* Publications of the Department of Political and Economic Studies 8/2013. University of Helsinki, Helsinki, 297–311.
Hannikainen, Matti & Vauhkonen, Jussi (2012) *Ansioiden mukaan. Yksityisalojen työeläkkeiden historia*. SKS, Helsinki.
Harjula, Minna (1990) *Sosiaalityön arki Tampereella 1945–1970*. Suomen historian pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.
Harjula, Minna (1996) *Vaillinaisuudella vaivatut. Vammaisuuden tulkinnat suomalaisessa huoltokeskustelussa 1800-luvun lopulta 1930-luvun lopulle.* Bibliotheca Historica 15. SHS, Helsinki.
Harjula, Minna (2003*) Tehdaskaupungin takapihat: Ympäristö ja terveys Tampereella 1880–1939.* Tampereen Historiallisen Seuran julkaisuja XVII. Tampereen Historiallinen Seura, Tampere.
Harjula, Minna (2006) Kelvoton valtiokansalaiseksi? Yleisen äänioikeuden rajoitukset ja äänioikeusanomukset Suomessa 1906–1917. *Historiallinen Aikakauskirja* 104 (4), 368–381.
Harjula, Minna (2007) *Terveyden jäljillä. Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla.* Tampere University Press, Tampere.

Harjula, Minna (2009) Köyhä, kelvoton, kansalainen? Köyhäinapu yleisen äänioikeuden esteenä Suomessa. *Janus* 18 (1), 4–19.
Harjula, Minna (2012) Köyhät ja kipeät. Sosiaalinen kansalaisuus ja terveyspalveluiden saatavuus Suomessa 1900-luvulla. Teoksessa: Forssén, Katja et al. (toim.), *Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2011.* UNIPress, Kuopio, 31–53.
Heikkilä, Matti (1994) Hallittu kurjistuminen vai vahvojen valta. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Vähätalo, Kari (toim.*), Huono-osaisuus ja hyvinvointivaltion muutos.* Gaudeamus, Helsinki, 283–308.
Helén, Ilpo (1997) *Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle.* Gaudeamus, Helsinki.
Helén, Ilpo (2008) Terveyskansalaisuuden kohtalot. Huomioita uudesta terveyspolitiikasta ja huipputeknologisesta lääketieteestä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45 (2), 146–154.
Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia. Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa: Helén, Ilpo (toim.), *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen.* Vastapaino, Tampere, 11–69.
Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Gaudeamus, Helsinki, 13–32.
Helén, Ilpo & Yesilova, Katja (2003) Vietti, väestö ja valinta. Seksuaaliterveyden kerrostumat Suomessa. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Gaudeamus, Helsinki, 233–259.
Helenius, Yrjö (1971) *Omavastuu vai yhteisvastuu. Tutkimus sosiaaliturvaa koskevista asenteista eri tulotasoilla.* Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 19. WSOY, Porvoo.
Hellsten, Katri (2009) *Yli 45 vuotta sosiaaliturvan tutkimusta. Sairausvakuutustutkimuksesta sosiaaliturvan väestötutkimukseen?* Nettityöpapereita 8/2009. Kelan Tutkimusosasto, Helsinki. http://hdl.handle.net/10138/15691 (Luettu 12.9.2014).
Helminen, Seppo & Salonen, Ritva (1977) Mekanistinen terveyskäsitys osuva kuvaaja. *SAik* 71 (6), 27–29.
Helsingius, G. A. (1910) Vaivaishoidosta. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille V.* WSOY, Porvoo, 204–214.
Helsingius, Gust. Ad. (1917) *Köyhäinhoidon käsikirj*a. (2. uud. p.) Holger Schildt, Porvoo.
Helsti, Hilkka (2000) *Kotisynnytysten aikaan. Etnologinen tutkimus äitiyden ja äitiysvalistuksen konfikteista.* Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 785. SKS, Helsinki.
Hemminki, Kari (1977) Sosiaalistaloudellinen kuolleisuustutkimus terveyspolitiikan suunnittelun avuksi. *SAik* 71 (2), 53–56.

Hengitysliitto (2014) *Historia*. http://www.hengitysliitto.fi/fi/hengitysliitto/mika-hengitysliitto/historia (Luettu 2.9.2014).

Henriksson, Lea (1998) *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka.* Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia 88. Stakes, Helsinki.

Henttonen, Maarit (2009) *Kansakunnan parhaaksi. Suomalaiset naisten- ja lastensairaalat 1920–1940-luvulla arkkitehtonisena, lääketieteellisenä ja yhteiskunnallisena suunnittelukohteena*. Historiallisia tutkimuksia 247. Helsingin kaupunginmuseon tutkimuksia ja raportteja 2/2009. SKS, Helsinki.

Hietala, Marjatta (1992) *Innovaatioiden ja kansanvälistymisen vuosikymmenet. Tietoa, taitoa, asiantuntemusta I. Helsinki eurooppalaisessa kehityksessä 1875–1917.* Hist. Arkisto 99:1. SHS & Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki.

Hietala, Marjatta (2000) ReijoWaara, Konrad (1853–1936). *Kansallisbiografia-verkkojulkaisu.* Studia Biographica 4. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki. URN:NBN:fi-fe20051410 (Luettu 12.5.2012).

Higgs, Paul (1998) Risk, Governmentality and the Reconceptualization of Citizenship. Teoksessa: Scambler, Graham & Higgs, Paul (toim.), *Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology Towards 2000*. Routledge, London and New York, 176–197.

Hilli, Yvonne (2007) *Hemmet som ethos. En idehistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosysterns vårdande under 1900-talets första hälft*. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Hirvonen, Helena (2008) *Vaivaishuollosta psykiatriatieteeksi. Suomalaisen psykiatrian ja mielisairaanhoidon kehityslinjat 1880-luvulta 1910-luvulle.* Yleisen historian lisensiaatintutkielma, Joensuun yliopisto.

Honkasalo, Marja-Liisa (2008) *Reikä sydämessä. Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa*. Vastapaino, Tampere.

Honkasalo, Markku (2000) *Suomalainen sotainvalidi.* Otava, Helsinki.

Horton, Sarah & Barker, Judith C. (2009) "Stains" on Their Self-Discipline: Public Health, Hygiene, and the Disciplining of Undocumented Immigrant Parents in the Nation's Internal Borderlands. *American Ethnologist* 36 (4), 784–798. doi: 10.1111/j.1548-1425.2009.01210.x

Hughes, Gordon (1998) Picking over the Remains. The Welfare State Settlements of the Post-Second World War UK. Teoksessa: Hughes, Gordon & Lewis, Gail (toim.), *Unsettling Welfare. The Reconstruction of Social Policy.* Routledge, London, 3–37.

Hultin, Holger (1973) *Imeväisten terveydenhoito Suomen lastenneuvoloissa 1960-luvulla jatkuvan terveyskortin valossa.* Lääkintöhallituksen tutkimuksia 11/1973. Lääkintöhallitus, Helsinki.

Huoltoavun (1967) Huoltoavun korvausvelvollisuus ehdotetaan poistettavaksi. *Huoltaja* 55 (6–7), 174–175.

Husman, Kaj (1974) Työterveydenhuolto Suomessa. *SAik* 68 (2–3) 1974, 133–137.
Husman, Kaj (1976) Työpaikkaterveydenhuolto. Teoksessa: Rantasalo, Ilari & Savolainen, Hannu (toim.), *Kansanterveystiede I.* Lääketieteen opiskelijoiden asuntola- ja tukisäätiö, Helsinki, 52–64.
Huttula, Tapio (2000) *Nauloilla laadittu laki. Työväentalojen sulkemiset 1929–1932*. Bibliotheca historica 55. SKS, Helsinki.
Hytti, Helka (2000) Työkyvyttömyyseläkkeen karenssi vaatii korjausta. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (4), 332–339.
Hyvönen, Anna-Liisa (1982) Perusterveydenhuollon palvelujärjestelmän ongelmia suuressa asutuskeskuksessa. *SAik* 76 (1), 71–75.
Häggman, Kai (1994) *Perheen vuosisata. Perheen ihanne ja sivistyneistön elämäntapa 1800-luvun Suomessa.* Historiallisia tutkimuksia 179. SHS, Helsinki.
Häggman, Kai (1997) *Suurten muutosten Suomessa. Kansaneläkelaitos 1937–1997.* Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Häkkinen, Antti (1995) *Rahasta – vaan ei rakkaudesta. Prostituutio Helsingissä 1867–1939*. Otava, Helsinki.
Häkkinen, Unto (1986) *Suomen terveydenhuoltomenot 1960–83 rahoituksen ja palvelujen tuottajan mukaan.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:59. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Häkkinen, Unto (1988) *Terveyspalvelujen kustannukset, rahoitus ja hinnat Suomessa vuosina 1960–1985.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:65. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Häkkinen, Unto & Ahla, Pirkko (toim.) (2006) *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus.* Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/ 2006. KTL, Helsinki. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf (Luettu 20.9.2010).
Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien (2010) Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää useammin. *Optimi – Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje* 2/2010. http://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2010/rikas-kay-edelleen-laakarissa-koyhaa-useammin (Luettu 25.9.2014).
Hänninen, Aino (1967) Sairausvakuutuksen toinen vaihe. *Huoltaja* 55 (1–2), 9–12.
Hänninen, Sakari (2001) Pohjoismaisen hyvinvoinnin poliittinen eetos. *Tiede ja Edistys* 26 (1), 19–33.
Hänninen, Sakari (2006) Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus etiikan ja politiikan valossa. Teoksessa: Teperi, Juha et al. (toim.), *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.* Stakes, Helsinki, 13–27.
Hänninen, Sakari (2009) Johan on markkinat. Eriarvoisuus Suomen terveyspolitiikassa. Teoksessa: Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko,

Anna, *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus, Helsinki, 48–78.

Hänninen, Sakari (2010) Sosiaalioikeudet ja perustuslakiuudistus. Teoksessa: Pajukoski, Marja, (toim.): *Pääseekö asiakas oikeuksiinsa?* Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Raportti 19/2010. THL, Helsinki, 183–227.

Hänninen, Sakari & Palola, Elina (2010) Johdatus jakojen problematiikkaan. Teoksessa: Hänninen, Sakari & Palola, Elina & Kaivonurmi, Maija, *Mikä meitä jakaa? Sosiaalipolitiikkaa kilpailuvaltiossa.* THL, Helsinki, 7–24.

Hänninen, Sisko-Liisa (1955) *Kellokosken sairaala 1915–1965.* Kellokosken sairaala, Hyvinkää 1955.

Härö, A. S. (1958) Tuberkuloosin vastustaminen. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille IV.* WSOY, Porvoo, 65–77.

Härö, A. S. (1966) Kuolleisuus Suomessa ja muissa Pohjoismaissa 1948–1964. *Duodecim* 82 (23), 1136–1151.

Härö, A. Sakari (1992) *Vuosisata tuberkuloosityötä Suomessa. Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen historia.* Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistys, Helsinki.

Härö, A. Sakari (1996) *Taistelu sukupuolitauteja vastaan. Sosiaalihygieeninen yhdistys ry. 50 vuotta.* Sosiaalihygieeninen yhdistys, Helsinki.

Härö, S. A. (1976) Onko kansallamme malttia tervehtyä? *SAik* 70 (6), 5–11.

Idman, G.R. (1911) Tietoja maan terveyden- ja sairaanhoidosta. Teoksessa: *Suomen kartasto 1910. Teksti I Väestö ja kulttuuri.* Suomen Maantieteellinen seura, Helsinki.

Ignatius, Jaakko (2000) Lääketieteet. Teoksessa: Tommila, Päiviö (toim.), *Suomen tieteen historia 3. Luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet.* WSOY, Porvoo, 503–607.

Ignatius, Jaakko (2012) *Suomalainen lääkäriseura Duodecim 1881–2006 I–II.* Duodecim, Helsinki.

Ilmonen, Kaj (2002) Luottamus paikallisiin instituutioihin ja sosiaalisiin verkostoihin. Teoksessa: Ruuskanen, Petri (toim.), *Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille.* PS-Kustannus, Jyväskylä, 136–160.

Jaakkola, Jouko (1982) *Työväestö ja sosiaalinen poikkeavuus. Tampereen työväestön huollontarve, sairastavuus ja rikollisuus 1850–1917.* Suomen historian lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto.

Jaakkola, Jouko (1985) *Tampellan työväen avustuskassatoiminta Tampereella 1860–1985.* Tampellan Tampereen Tehtaitten Sairauskassa, Tampere.

Jaakkola, Jouko (1986) Vaivaistalon aika vuodesta 1886 1910-luvun lopulle. Teoksessa: Jaakkola, Jouko & Kaarninen, Mervi & Markkola, Pirjo (1986) *Koukkuniemi 1886–1986. Sata vuotta laitoshuoltoa Tampereella.* Tampereen kaupunki, Tampere.

Jaakkola, Jouko (1993) Kun valtio ei auttanut – työväen keskinäinen apu Suomessa. Teoksessa: Haapala, Pertti (toim.), *Hyvinvointivaltio ja historian oikut.* Väki voimakas 6. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Tampere, 25–56.

Jaakkola, Jouko (1994) Sosiaalisen kysymyksen yhteiskunta. Teoksessa: Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti, *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia.* Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki, 71–161.

Jacobs, Bart et al. (2012) Addressing Access Barriers to Health Services: an Analythical Framework for Selecting Appropriate Interventions in Low-income Asian Countries. *Health Policy and Planning* 27 (4), 288–300. doi: 10.1093/heapol/czr038

Jauhiainen, Arto (1993) *Koulu, oppilaiden huolto ja hyvinvointivaltio. Suomen oppivelvollisuuskoulun oppilashuollon ja sen asiantuntijajärjestelmien muotoutuminen 1800-luvun lopulta 1990-luvulle.* Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C, osa 98. Turku.

Jauho, Mikko (2003) Työväenravitsemuskysymys. Ravitsemus ja yhteiskuntapolitiikka Suomessa 1900-luvun alkupuoliskolla. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Gaudeamus, Helsinki, 146–174.

Jauho, Mikko (2004) Valtion rakentaminen, lääkärikunnan ammatillistuminen ja valistuneen maallikon synty. Teoksessa: Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.), *Hyvinvointityön ammatit.* Gaudeamus, Helsinki, 84–109.

Jauho, Mikko (2007) *Kansanterveysongelman synty. Tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa*. Tutkijaliitto, Helsinki.

Jauho, Mikko (2014) *Three Configurations of Health Citizenship*. Julkaisematon esitelmä. Det 28. Nordiska Historikermötet, Joensuu 14.8.2014.

Johannisson, Karin (1991) Folkhälsa. Det svenska projektet från 1900 till 2:a världskriget. *Lychnos*, 139–195.

Johannisson, Karin (1994) The People's Health: Public Health Policies in Sweden. Teoksessa: Porter, Dorothy (toim.), *The History of Public Health and the Modern State.* Rodopi, Amsterdam, 165–182.

Julkunen, Raija (2003) Uusinstitutionalismin jäljillä. Teoksessa: Saari, Juho (toim.*), Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen.* Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry., Helsinki, 19–40.

Julkunen, Raija (2006) *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu.* Stakes, Helsinki.

Julkunen, Raija, & Niemi, Riikka (2002) Mihin luotamme, kun luotamme hyvinvointivaltioon? Teoksessa: Ruuskanen, Petri (toim*.), Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille.* PS-Kustannus, Jyväskylä, 161–180.

Julkunen, Raija & Vauhkonen, Jussi (2006) Suomalainen ihme – työeläkejärjestelmän synty. Teoksessa: Saari, Juho (toim.), *Historiallinen käänne. Johdatus pitkän aikavälin historian tutkimukseen.* Gaudeamus, Helsinki, 289–319.
Jyrkinen, Anna Riitta (2005) *Mielisairaanhoito Kellokosken piirimielisairashoitolassa vuosina 1915–1918. Hoitolan ensimmäisten potilaiden dokumentteihin perustuva analyysi*. Kuopion yliopisto, Kuopio. http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0071-9 (Luettu 1.10.2011).
Jämsén, Raimo M. (1981) *Näkökohtia maksujen puolesta ja niitä vastaan.* Sosiaali- ja terveysministeriö, Tutkimusosasto. Julkaisuja 7/1981. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Jämsén, Raimo. M.(1982) Näkökohtia terveydenhuollon maksupolitiikasta. Teoksessa: SVT XXXII:87 *Sosiaalisia erikoistutkimuksia. Terveydenhuollon maksupolitiikka*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Tutkimusosasto, Helsinki, 1–67.
Järviö, Maija-Liisa & Luoma, Kalevi (1999) *Kuntien terveydenhuoltomenot 1990–96 ja menokehitystä selittävät tekijät.* VATT-keskustelualoitteita 199. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
Kaarninen, Mervi & Kaarninen, Pekka (1990) *Pitkäniemen sairaala 1900–1990*. Pitkäniemen sairaalan kuntainliitto, Tampere.
Kaila, Martti (1959) Mielisairaat ja vajaamieliset. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille V.* WSOY, Porvoo, 22–31.
Kaipainen, Osmo (1969) *Kansa kaikki kärsinyt. Onko terveys kauppatavara vai oikeus.* Karisto, Hämeenlinna.
Kaipainen, Osmo (1975) *Kansanterveyslain keskeiset periaatteet ja terveyspoliittinen merkitys.* Teoksessa: Aer, Juhani (toim.), Kansanterveystyön käsikirja. Tammi, Helsinki, 83–89.
Kajava, Yrjö (1929) Terveydenhoito ja taudit. Teoksessa: *Suomen kartasto 1925. Teksti.* Suomen maantieteellinen seura. Otava, Helsinki, 266–271.
Kalela, Jorma (1989) *Työttömyys 1900-luvun suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa.* Valtion painatuskeskus, Helsinki.
Kalela, Jorma (2005a) Miten Suomi syntyi? Teoksessa: Pernaa, Ville & Niemi, Mari K. (toim.), *Suomalaisen yhteiskunnan poliittinen historia.* Edita, Helsinki, 15–30.
Kalela, Jorma (2005b) Perinteisen politiikan loppu. Teoksessa: Pernaa, Ville & Niemi, Mari K. (toim.), *Suomalaisen yhteiskunnan poliittinen historia.* Edita, Helsinki, 244–264.
Kalela, Jorma, (2005c) ”Yhteiskunnallinen kysymys” ja porvarillinen reformismi. Teoksessa: Pernaa, Ville & Niemi, Mari K. (toim.), *Suomalaisen yhteiskunnan poliittinen historia.* Edita, Helsinki, 31–44.
Kalimo, Esko (1969) *Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät. Aikuisväestön sairauskäyttäytyminen ja sen vaikuttimet Suomessa ennen sairausvakuutusta korrelatiivisen monimuuttujatarkastelun nojalla.* Kan-

saneläkelaitoksen julkaisuja. Sarja A:5. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1969.
Kalimo, Esko (1980) 1970-luvun terveyspolitiikka. *SAik* 74 (6), 43–49.
Kalimo, Esko (1982) Päätelmät. Teoksessa: Kalimo, Esko, et al., *Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 337–401.
Kalimo, Esko & Klaukka, Timo & Nyman, Kauko (1984) Terveyspalvelusten tarve ja käyttö 1980-luvun alussa. *SAik* 78 (3), 27–34.
Kalimo, Esko & Klaukka, Timo & Vohlonen, Ilkka (1982) Terveydenhuoltoa koskevat mielipiteet. Teoksessa: Kalimo, Esko et al., *Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 402–425.
Kalimo, Esko & Raitasalo, Raimo (1991) Katsauksen tavoitteet. Teoksessa: Kalimo, Esko et al. (toim.), *Työterveyshuollon toteuttaminen ja muutostarpeita. Tutkimus työterveyshuollon kehittämisestä 1980-luvulla.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:78. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 1–7.
Kallia, Onni (1908) Henkivakuutuksesta. Teoksessa*: Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille III.* WSOY, Porvoo, 7–22.
Kallia, Onni (1911) Työväen vakuutuksesta. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille VI.* WSOY, Porvoo, 689–699.
Kallia, Onni (1922) Henkivakuutuksesta. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille III.* WSOY, Porvoo, 7–21.
Kallio, Maarit (2007) *Tilaa hulluudelle. Pitkäniemen keskusmielisairaalan arkkitehtoninen muotoutuminen 1800-luvun lopulta 1910-luvulle.* Historian pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto. http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-17575 (Luettu 12.8.2014).
Kallio, Veikko (1983) Kuntoutus. Teoksessa: Rantasalo, Ilari & Koskenvuo, Markku*, Kansanterveystiede III.* Lääketieteen kandidaattiseura, 193–203.
Kallio, Veikko (1995) *Kuntoutuksen tiennäyttäjä. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus 1972–1992.* Kansaneläkelaitos, Turku.
Kangas, Olli (2003) Instituutiot ja ajoitus – lainsäädäntötavan vaikutus sosiaalivakuutuksen ajoitukseen. Teoksessa: Saari, Juho (toim.), *Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen.* Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki, 93–111.
Kangas, Olli (2006a) Politiikka ja sosiaaliturva Suomessa. Teoksessa: Paavonen, Tapani & Kangas, Olli, *Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana. Suomen eduskunta 100 vuotta 8.* Edita, Helsinki, 189–366.
Kangas, Olli (2006b) Suuret linjat vai tarkat yksityiskohdat. Sairausvakuutuksen institutionaalinen kehittyminen OECD-maissa 1930–2000. Teoksessa: Saari, Juho, (toim.), *Historiallinen käänne. Johdatus pitkän aikavälin historian tutkimukseen.* Gaudeamus, Helsinki, 178–216.
Kannisto, Väinö (1945) Mikä lyhentää elinaikaamme? *Kansantaloudellinen Aikakauskirja*, 377–383.

Kannisto, Väinö (1947) *Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa.* Kansantaloudellisia tutkimuksia XV. Kansantaloudellinen yhdistys, Helsinki.
Kaprio, Leo A. (1946) Kansanterveydellinen lainsäädäntömme. Teoksessa: *Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja I.* WSOY, Porvoo & Helsinki, 193–200.
Karisto, Antti (1984) *Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Karisto, Antti (1989a) Eri osapuolten arviot työterveyshuollon toiminnasta. Teoksessa: Kalimo Esko et al. (toim.), *Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 171–209.
Karisto, Antti (1989b) Työterveyshuollon järjestämistapa. Teoksessa: Kalimo, Esko et al. (toim.), *Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 119–136.
Karvonen, J. J. (1908) Pitalitauti ja veneriset taudit. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille III*. WSOY, Porvoo, 721–738.
Kasanen, Heli (2007) *Takaisin tuottavaan työhön! Vammaisjärjestöjen rooli invalidihuollon laajentamisessa 1950-luvun taitteen Suomessa.* Poliittisen historian pro gradu -tutkielma, Turun yliopisto.
Kastari, Irma (1965) *Sotasiirtolaisten laitoshuolto.* WSOY, Helsinki.
Kauranen, Kaisa (2005) Valistusta ja hoitoa. Maaseudun terveyssisarten kotikäynnit 1930-luvulta 1960-luvulle. Teoksessa: *Hippokrates. Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja 2005*. Suomen Lääketieteen Historian Seura, Helsinki, 30–55.
Kautto, Mikko (2012) The Pension Puzzle. Pension Security for All Without Universal Schemes? Teoksessa: Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Stefánsson, Kolbeinn (toim.), *Welfare State, Universalism and Diversity.* Edward Elgar, Cheltenham, 144–161.
Kekkonen, Urho (toim.) (1940*) Siirtoväki ja sen huolto 1. Opaskirjanen siirtoväen huoltoviranomaisia ja siirtoväkeä varten.* Karjalan liiton julkaisuja. Karjalan Liitto r.y., Helsinki. http://www.doria.fi/handle/10024/8413
Kekkonen, Urho (toim.) (1941) *Siirtoväki ja sen huolto II. Opaskirjanen siirtoväen huoltoviranomaisia ja siirtoväkeä varten.* Karjalan Liitto r.y., Helsinki. http://www.doria.fi/handle/10024/11333
Keränen Seppo (*1980) Lääkäri Suomessa 1980*. Kirjayhtymä, Helsinki.
Keskimäki, Ilmo (2010) Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47 (3), 201–207.

Kettunen, Pauli (1986) *Poliittinen liike ja sosiaalinen kollektiivisuus. Tutkimus sosialidemokratiasta ja ammattiyhdistysliikkeestä Suomessa 1918–1930.* Historiallisia tutkimuksia 138. SHS, Helsinki.

Kettunen, Pauli (1994) *Suojelu, suoritus, subjekti. Työsuojelu teollistuvan Suomen yhteiskunnallisissa ajattelu- ja toimintatavoissa.* Historiallisia tutkimuksia 189. SHS, Helsinki.

Kettunen, Pauli (2001a) Oliko hyvinvointivaltio projekti? *Ennen ja Nyt* 1 (4). http://www.ennenjanyt.net/4-01/kettunen.htm. (Luettu 25.3.2012).

Kettunen, Pauli (2001b) The Nordic Welfare State in Finland. *Scandinavian Journal of History* 26 (3), 225–247. DOI:10.1080/034687501750303864

Kettunen, Pauli (2003) Yhteiskunta. Teoksessa: Hyvärinen, Matti et al. (toim.), *Käsitteet liikkeessä. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria.* Vastapaino, Tampere, 167–212.

Kettunen, Pauli (2006a) Punaisesta julistuksesta kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelmaan. Teoksessa: Ahvenisto, Inkeri & Mäki, Kirsi (toim.), *Kansalaisvaikuttaminen ajassa. Näkökulmia suomalaiseen kansalaisvaikuttamiseen suurlakosta 2000-luvulle.* Väki voimakas 19. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Helsinki, 13–47.

Kettunen, Pauli (2006b) The Tension between the Social and the Economic – A Historical Perspective on a Welfare State. Teoksessa Ojala, Jari & Eloranta, Jari & Jalava, Jukka (toim.), *The Road to Prosperity. An Economic History of Finland.* SKS, Helsinki, 285–313.

Kettunen, Pauli (2008) *Globalisaatio ja kansallinen me. Kansallisen katseen historiallinen kritiikki.* Vastapaino, Tampere, 154–162.

Kettunen, Pauli (2009a) *Pohjoismainen hyvinvointivaltio.* Eduskunnan juhlaseminaari 13.5.2009. http://web.eduskunta.fi/Resource.phx/pubman/templates/1.htx?id=2406 (Luettu 5.10.2014).

Kettunen, Pauli (2009b) *The Conceptualisation of the Social in Europe's Northern Periphery. 'Society' in Nordic Political Discourses*. Comparative Conceptual History and Global Translation Bangkok, 2nd -5th March, 2009. http://www.mv.helsinki.fi/home/ptkettun/kettunen-Bangkok09.pdf. (Luettu 6.11.2012).

Kildal, Nanna & Kuhnle, Stein (2005) The Nordic Welfare Model and the Idea of Universalism. Teoksessa: Kildal, Nanna & Kuhnle, Stein (toim.), *Normative Foundations of the Welfare State. The Nordic Experience.* Routledge, New York.

Kinnunen, Kaisa (toim.) (2009) *Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä.* Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Kirkkohallitus, Helsinki.

Kivalo, Erkki (1982) Mittavia kehitystarpeita psykiatrisessa terveydenhuollossa. *SAik* 76 (1), 2–4.

Klaukka, Timo (1989) Työterveyshuollon sisältö ja voimavarat. Teoksessa: Kalimo Esko et al. (toim.), *Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun*

puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 137–170.
Klavus, Jan & Jämsén, Raimo (2006) Terveydenhuollon maksupolitiikan vaikutukset oikeudenmukaisuuteen. Teoksessa: Teperi, Juha et al. (toim.), *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Stakes, Helsinki, 155–159.
Knipper, Michael (2008) Commentary on Rosen, George: The Fate of the Concept of Medical Police, 1780–1890 02. *Centaurus* 50 (1–2), 70–72. doi:10.1111/j.1600-0498.2008.00097.x
Koivisto, Ida (2008) Laki ja normi – normatiivisuuden kaksi muotoa. *Oikeus* 37 (1), 5–22.
Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva (2013) Euroopan unioni ja kansallinen terveyspolitiikka. Teoksessa: Sihto, Marita et al. (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. THL, Helsinki, 390–408.
Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (2009a) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus, Helsinki.
Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (2009b) Lopuksi – valinnat ja vastuu terveydenhuollossa. Teoksessa: Koivusalo, Meri, Ollila, Eeva & Alanko, Anna, *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus, Helsinki, 276–288.
Kokko, Marja (1998) *Sisaret, toverit. Naisten järjestäytyminen, ryhmätietoisuus ja kansalaistuminen Jyväskylässä.* Studia Historica Jyväskyläensia 57. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
Kokko, Simo (1990) *Taudista sairauteen. Mitä terveyskeskuslääkärissä pitäisi tapahtua?* Hanki ja Jää, Helsinki.
Kokko, Simo (2013) Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa: Sihto, Marita et al. (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt.* THL, Helsinki, 242–260.
Korhonen, Mauno (1973) *Miten kansanterveyslaki syntyi? Pitkittäisleikkaus hallinnollisesta suunnittelu- ja päätöksentekoprosessista.* Julkishallinnon pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.
Korppi-Tommola, Aura (1990) *Terve lapsi – kansan huomen. Mannerheimin Lastensuojeluliitto yhteiskunnan rakentajana 1920–1990.* MLL, Helsinki.
Korppi-Tommola, Aura (2000) Ståhlberg Ester (1870–1950). *Kansallisbiografia-verkkojulkaisu.* Studia Biographica. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki. URN:NBN:fi-fe20051410 (Luettu 13.3.2010).
Koskiaho, Tapio (1987) *Työterveyshuoltolaki. Tutkimus lainsäädännön syntyprosessista vuosina 1968–1978.* SVT Sosiaalisia erikoistutkimuksia XXXII:131. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Koskimies, Akseli (1907) Sairashuoneet ja sairaanhoitajattaret. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille I.* WSOY, Porvoo, 442–454.

Koskimies, Aleksi (1908) Suomen lääkintölaitos. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille II.* WSOY, Porvoo, 353–361.
Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija (2007) Kuolleisuus. Teoksessa: Koskinen, Seppo et al. (toim.), *Suomen väestö.* Gaudeamus, Helsinki, 169–238.
Koskinen, Seppo et al. (toim.) (2007) *Suomen väestö.* Gaudeamus, Helsinki.
Kotkas, Toomas (2009) Terveyden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa. Menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. *Lakimies* 107 (2), 207–225.
Kröger, Teppo (1996) Kunnat valtion valvonnassa? Teoksessa: Sipilä, Jorma et al*., Sosiaalipalvelujen Suomi.* WSOY, Porvoo, 23–85.
Kulovesi, Yrjö (1923) Terveydenhoidosta. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille IV*. WSOY, Porvoo, 523–539.
Kunnalliskodit (1961) Kunnalliskodit. Tutkimus olosuhteista kunnalliskodeissa huhtikuussa 1960. *Huoltaja* 49 (4), 96–101.
Kuntouttaminen – terveydenhuollon kolmas tehtävä (1965) 2.p. (alkuteos 1962). WSOY, Porvoo.
Kuokkanen, Martti (1977) Terveyspolitiikan kaksi vaihtoehtoa. *SAik* 71 (6), 30–34.
Kuusi, Eino (1931) *Sosiaalipolitiikka I–II*. Kansantaloudellinen käsikirjasto. Kansantaloudellinen yhdistys. WSOY, Porvoo.
Kuusi, Hanna (1995) *Keuhkotauti kansallisvaarana. Tuberkuloosin vastaiset strategiat Suomessa vuoteen 1939 asti.* Talous- ja sosiaalihistorian pro gradu -tutkielma, Helsingin Yliopisto.
Kuusi, Pekka (1961) *60-luvun sosiaalipolitiikka*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. WSOY, Porvoo.
Kärkkäinen, Reijo (1983) Yksityiset palvelut. *SAik* 77 (5), 42–46.
Laerum, Even & Hjortdahl, Per (1996) The Development of Primary Care Medicine after the Second World War. Teoksessa: Larsen, Oivind (toim.), *The Shaping of a Profession. Physicians in Norway, Past and Presen*t. Science History Publications, USA, 345–359.
Lahelma, Eero (2003) Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Duodecim* 119 (19), 1863–1868.
Lahtinen, Ulla & Lahtinen Antti (1975) Liikunnallinen kuntoutus ja fysikaalinen terapia terveyskeskuksessa. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.), *Kansanterveystyön käsikirja.* Tammi, Helsinki, 310–327.
Lammintakanen, Johanna (2005) *Health Care Priorisation. Evolution of the Concept, Research and Policy Process*. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet 116. Kuopion yliopisto, Kuopio. http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0067-0 (Luettu 29.7.2014).
Lapsilisätyöryhmän muistio (2001) Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:26. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
Laurent, Helene (2012) War and the Emerging Social State. Social Policy, Public Health and Citizenship in Wartime Finland. Teoksessa: Kinnu-

nen, Tiina & Kivimäki, Ville (toim.), *Finland in World War II. History, Memory, Interpretations.* Brill, Leiden, 315–354.

Laurinkari, Juhani & Niemelä, Pauli (1978) *Terveys yhteiskuntapolitiikan tavoitteena.* Kustannuskiila, Kuopio.

Leavitt, Judith Walzer (1996) *Typhoid Mary. Captive to the Public's Health.* Beacon Press, Boston.

Lehto, Juhani (1998) Muuttuuko pohjoismainen hyvinvointivaltiomalli? *Yhteiskuntapolitiikka* 63 (5–6), 413–424.

Lehto, Juhani (2013) Terveydenhuoltopolitiikka. Teoksessa: Sihto, Marita et al. (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt.* THL, Helsinki, 160–168.

Lehto, Juhani & Blomster, Peter (1999) 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikan suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (3), 207–221.

Lehto, Markku (1990) Yksityinen – julkinen sosiaali- ja terveydenhuollossa. *SAik* 84 (6), 5–8.

Lehtonen, Risto & Raitasalo, Raimo (1991) Työterveyshuollon yleinen kehittyminen Kelan korvausrekisterin mukaan. Teoksessa: Kalimo, Esko et al. (toim.), *Työterveyshuollon toteuttaminen ja muutostarpeita. Tutkimus työterveyshuollon kehittämisestä 1980-luvulla.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:78. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 8–28.

Lehtonen, Turo-Kimmo (1995a) Bakteerit ja henkisten ruttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveysvalistuksessa 1890-luvulla. Teoksessa: Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.), *Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitysten kulttuurihistoriaa.* Hist. Arkisto 106. SHS, Helsinki, 205–252.

Lehtonen, Turo-Kimmo (1995b) *Puhtaan elämän jäljillä. Huoli hygieniasta suomalaisissa terveydenhoitolehdissä 1889–1900.* Kuluttajatutkimuskeskus, Helsinki.

Lento, Reino (1946) Perhelisälaki. Teoksessa: *Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja 1.* WSOY, Porvoo & Helsinki, 159–165.

Leppo, Kimmo (1971) Kansanterveys ja kansantalous. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 8 (2), 69–72.

Leppo, Kimmo (1972) Kansanterveys, terveydenhuolto ja taloudellis-sosiaalinen kehitys. Teoksessa: Leppo, Kimmo (toim.), *Sairas maailma.* Forum-kansanterveys. Tammi, Helsinki, 17–44.

Leppo, Kimmo (2008) Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45 (3), 228–238.

Leppo, Kimmo (2010) *Kansan terveys on tahdon asia. Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-luvulle.* Kalevi Sorsa säätiön julkaisuja 3/2010. Kalevi Sorsa -säätiö, Helsinki.

Leppo, Kimmo (2013) Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti. Teoksessa: Sihto, Marita et al. (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt.* THL, Helsinki, 86–102.

Leppo, Kimmo & Puro, Kari (1972) Sairas Suomi. *Yhteiskuntasuunnittelu* 10 (2), 3–7.
Leppälä, Heli (2014) *Vammaisuus hyvinvointivaltiossa. Invalideiksi, vajaamielisiksi tai kehitysvammaisiksi määriteltyjen kansalaisasema suomalaisessa vammaispolitiikassa 1940-luvun taitteesta vuoteen 1987.* Annales Universitatis Turkuensis C 394. Turun yliopisto, Turku.
The Leprosy in Norway (2013) http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/webmeny.exe?slag=visside&kat=lepra-eng&n1=2&n2=2&dok=lepramedhist.htm (Luettu 13.9.2013).
Levä, Ilkka (2010) Ammatinharjoittamisen autonomian puolella. Lääkärien työmarkkinakokemus ammatillisen järjestäytymisen aikana 1910–2010. Teoksessa: Nyström, Samu (toim.), *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010.* Fennomed Oy, Helsinki, 242–329.
Liikanen, Ilkka (2003) Kansa. Teoksessa: Hyvärinen, Matti et al. (toim.), *Käsitteet liikkeessä. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria.* Vastapaino, Tampere, 257–307.
Lindholm, Hanna (2001) *Suomalaisen hyvinvoinnin muutokset 1995–2000.* Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 63. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Linnakko, Eero (1990) Terveydenhuolto suunnitelmataloudesta säädeltyyn markkinatalouteen? *SAik* 84 (6), 22–26.
Lister, Ruth (1990) *The Exclusive Society. Citizenship and the Poor*. CPAG, London.
Lister, Ruth (2003) *Citizenship. Feminist Perspectives.* Palgrave Macmillan, Basingstoke.
Lister, Ruth (2009) Poor Citizenship: Social Rights, Poverty and Democracy in the Late Twentieth and Early Twenty-First Centuries. Teoksessa: Kessler-Harris, Alice & Vaudagna, Maurizio (toim.), *Democracy and Social Rights in the "two Wests".* Otto,Torino, 43–65.
Luhmann, Niklas (1990) Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives. Teoksessa: Gambetta, Diego (toim.), *Trust. Making and Breaking Cooperative Relations.* Basil Blackwell, Oxford, 94–107.
Lupton, Deborah (1997) *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. Sage, London.
Löfqvist, Requel (1910) Pienten lasten hoidosta. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille V.* WSOY, Porvoo, 639–645.
Löytty, Olli (2009) Valittu kansa. Teoksessa: Anttila, Anu-Hanna et al., *Kuriton kansa. Poliittinen mielikuvitus vuoden 1905 suurlakon ajan Suomessa.* Vastapaino, Tampere, 139–160.
M. O-B (1917) Terveysoppi. Teoksessa: *Tietosanakirja IX.* Otava, Helsinki, 1452–1453.
Magnussen, Jon et al. (2009) Introduction. The Nordic Model of Health Care. Teoksessa: Magnussen Jon & Vrangbaek, Karsten & Saltman, Richard B.

(toim.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. WHO, 4–5.
Manderbacka, Kristiina et al. (2006) Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa: Teperi, Juha et al. (toim.), *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.* Stakes, Helsinki, 42–55.
Manderbacka, Kristiina et al. (2007) Terveyspalvelut. Teoksessa: Palosuo, Hannele et al. (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaaliministeriö, Helsinki, 179–196. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf (Luettu 9.8.2010).
Mannila, Simo & Peltoniemi, Jyri (1997) *Köyhiä ja kipeitä. Terveydentila ja syrjäytyminen 1986–94.* Kuntoutussäätiön tutkimuksia 57. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
Markkola, Pirjo (1999) Diakonissan mellan det privata och det offentliga. Kvinnlig diakoni i Sverige och Finland 1880–1940. Teoksessa: Janfelt, Monika (toim.), *Den privat-offentliga gränsen. Det sociala arbetets strategier och aktörer i Norden 1860–1940.* Nord 1999:9. Nordisk Ministerråd, Kobenhavn, 169–206.
Markkola, Pirjo (2002*) Synti ja siveys. Naiset, uskonto ja sosiaalinen työ Suomessa.* SKS, Helsinki.
Marski, Jarmo & Mäensivu, Vesa (1998) *Hyvinvoinnin muutossuuntia 1998.* Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 30. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Mattila, Markku (1999) *Kansamme parhaaksi, Rotuhygienia Suomessa vuoden 1935 sterilisointilakiin asti.* Bibliotheca Historica 44. SHS, Helsinki.
Mattila, Markku (2003) Rotuhygienia ja kansalaisuus. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus, Helsinki, 110–127.
Mattila, Markku (2005) Sterilointipolitiikka ja romanit Suomessa vuosina 1950–1970. Teoksessa: Häkkinen, Antti & Pulma, Panu & Tervonen, Miika, *Vieraat kulkijat – tutut talot.* Historiallinen arkisto 120. SKS, Helsinki, 402–452.
Mattila, Yrjö (2006) *Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat: "yhteisestä pohjasta eri poluille".* Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus. Sosiaalipolitiikan laitos, Turun yliopisto. http://www.utu.fi/fi/yksikot/soc/yksikot/sosiaalitieteet/topsos/julkaisut/Documents/Yrjo%20Mattila.pdf (Luettu 8.10.2014).
Mattila, Yrjö (2011) *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista.* Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
Mcintyre, Di & Thiede, Michael & Birch, Stephen (2009) Access as a Policy-Relevant Concept in Low- and Middle-Income Countries. *Health*

Economics, Policy and Law 4 (2), 179–193. http://dx.doi.org/10.1017/S 1744133109004836 (Luettu 10.10.2012).
Mead, Lawrence (1997) The Rise of Paternalism. Teoksessa: Mead, Lawrence (toim.) *The New Paternalism. Supervisory Apporoaches to Poverty.* Brookings Institution Press, Washington D.C., 1–38.
Melkas, Tapani (2013) Terveys kaikissa politiikoissa – Health in All Policies (HiAP) 2013. Teoksessa: Sihto, Marita et al. (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt.* THL, Helsinki, 187–199.
Metteri, Anna (2003) Kohtaamiset kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Luottamuksen rakentumisen näkökulma. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.), *Syntyykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä.* Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita, Helsinki, 92–103.
Metteri, Anna (2012) *Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö.* Acta Universitatis Tamperensis 1778. Tampereen yliopisto, Tampere.
Mickelsson, Rauli (2007*) Suomen puolueet. Historia, muutos ja nykypäivä.* Vastapaino, Tampere, 91–136.
Mikkeli, Heikki (1995) Hygieia, Asklepioksen tytär terveyden linnassa. Dietetiikka ja terveysoppaat uuden ajan alussa. Teoksessa: Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim*.), Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitysten kulttuurihistoriaa.* Hist. Arkisto 106. SHS, Helsinki, 85–115.
Mikkola, Kimmo (1970) *Mitä odotamme ja saamme sosiaaliturvalta.* Tampereen yliopiston tutkimuslaitos, Tutkimuksia A 37/1970. Tampereen yliopiston tutkimuslaitos, Tampere.
Mitchell, B. R. (1975) *European Historical Statistics 1750–1970.* Macmillan, London.
Murard, Lion (2008) Designs within Disorder. International Conferences on Rural Health Care and the Art of the Local, 1931–1939. Teoksessa: Gross Solomon, Susan et al. (toim.), *Shifting Boundaries of Public Health. Europe in the Twentieth Century.* University of Rochester Press, New York, 141–174.
Muuri, Anu et al. (2008) Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (4), 446–451.
Mähönen, Hannu (1996) Vammaisjärjestötoiminta Suomessa 1880-luvulta 1990-luvulle. Teoksessa: Nygård, Toivo & Tuunainen, Kari (toim.), *Avun kohteesta itsensä auttajaksi. Katsaus Suomen vammaishistoriaan.* Atena, Jyväskylä, 183–252.
Mäkelä, Väinö (1937) Lääkintöhallituksen mielisairaanhoito-osasto vuosina 1928–1937. Teoksessa: *SVT XI:54 1937*, 50–89.
Nenonen, Mikko & Pelanteri, Simo & Rasilainen, Jouni (2000) *Mielenterveyden häiriöiden hoito Suomessa 1978–1998.* Tilastoraportti 3/2000. Stakes, Helsinki.

Niemelä, Heikki (1994) *Suomen kokonaiseläkejärjestelmän muotoutuminen*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki.
Niemelä, Heikki (2014*) Yhteisvastuuta ja valinnanvapautta. Sairausvakuutus 50 vuotta.* Kelan tutkimusosasto, Helsinki. http://hdl.handle.net/10138/136455
Niemelä, Heikki & Salminen, Kari (2006) *Suomalainen sosiaaliturva.* Kansaneläkelaitos, Helsinki. http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/net/280606095032ek/$file/suomalainen.pdf?openelement (Luettu 27.9.2014).
Niemi, Veikko (1990) Punainvalidit. Teoksessa: *Väki voimakas 4. Suomi 1917–1918*. Työväen historian ja perinteen seura, Tampere, 357–388.
Nieminen, Armas (1946) Kodinperustamislainajärjestelmän käytäntööntulo Suomessa. Teoksessa: *Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja I.* WSOY, Porvoo & Helsinki, 175–192.
Nieminen, Armas (1958) Yhteiskuntaluokat. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille IV.* WSOY, Porvoo, 92–100.
Nieminen, Armas (1967) Sosiaaliturva ja ihmisoikeudet. *Huoltaja* 55 (18), 552–557, 583.
Nieminen, Armas (1984) *Mitä on sosiaalipolitiikka? Tutkimus sosiaalipolitiikan käsitteen ja järjestelmän kehityksestä.* 2. p. (alkuteos 1955). WSOY, Juva.
Nieminen, Suvi & Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (2004), Periferian isännistä terveyspoliittisiksi toimijoiksi. Kunnallismieskasvatus osana maaseudun kansanterveystyön rakentamista. *Sosiologia* 41 (1), 14–27.
Niemistö Einari (1952a) Sairaanhoito. Teoksessa: Niemistö, Urpo, *Rauhan mielisairaala 1926–1950.* Lappeenranta, 231–244.
Niemistö, Einari (1952b) Tulevaisuuden suunnitelmia. Teoksessa: Niemistö, Urpo, *Rauhan mielisairaala 1926–1950.* Lappeenranta, 298–302.
Niiranen, Vuokko (2000) Vastaako terveydenhuolto väestön ja potilaiden odotuksiin? Terveyspalvelujärjestelmän kansalaisresponsiivisuuden tarkastelua. Teoksessa: Häkkinen, Unto & Ollila, Eeva, *Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveysraportti 2000 – seminaariraportti*. Aiheita 35/2000. Stakes, Helsinki, 13–18.
Nikula, Akseli (1918) *Mielisairaat ja niiden hoito.* Sosialisia käsikirjoja 1. Suomen sosialihallitus, Helsinki.
Nilssen, Even & Kildal, Nanna (2009) New Contractualism in Social Policy and the Norwegian Fight against Poverty and Social Exclusion. *Ethics and Social Welfare* 3 (3), 303–321. DOI:10.1080/17496530903209550
Nivala, Elina (2006) Kunnon kansalainen yhteiskunnan kasvatuksellisena ihanteena. Teoksessa: Kurki, Leena & Nivala, Elina (toim.), *Hyvä ihminen ja kunnon kansalainen. Johdatus kansalaisuuden sosiaalipedagogiikkaan.* TUP, Tampere, 25–113. http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6836-8 (Luettu 25.2.2012).

Nordquist, Oskar (1924) Terveydenhoito. Teoksessa: *Valtiotieteiden käsikirja IV.* Tietosanakirja-osakeyhtiö, Helsinki, 1–12.
Noro, Leo (1951) Terveyden- ja sairaanhoito työpaikoissa. Teoksessa: Noro, Leo, (toim.), *Teollisuushygienian ja työlääketieteen käsikirja.* Otava, Helsinki, 284–292.
Noro, Leo (1957) *Sosiaalilääketieteen perusteet sairaanhoitajille, sosiaalihenkilöstölle ja lääkäreille.* WSOY, Porvoo.
Noro, Leo (1964) *Ammattitaudit ja työterveys.* WSOY, Porvoo.
Noro, Leo (1966) *Hygienia. Terveydenhoidon perusteet.* WSOY, Porvoo.
Noro Leo (1969) Työssä olevien terveydenhoito. Teoksessa: *Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta.* Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Lääkintöhallitus, Helsinki, 59–63.
Noro, Leo (1972) *Sosiaalilääketieteen perusteet sairaanhoitajille, sosiaalihenkilöstölle ja lääkäreille.* (5. uud. p.). WSOY, Porvoo.
Notkola, Veijo (1980) *Alueelliset kuolleisuuserot Suomessa 1950–1975.* Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia 218. Helsingin yliopisto, Helsinki.
Nygård, Henry (2009) Provinsialläkaren Herman Woldemar Backman och hans manuskript "Den allmänna hälso- och sjukvårdens utveckling i Finlands städer under åren 1874–1923". Teoksessa: *Hippokrates. Suomen Lääketieteen Historian Seuran Vuosikirja 2008.* Suomen Lääketieteen Historian Seura, Helsinki, 87–91.
Nylander, Olli (2008) KASTE:n paikka – arvio sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelman merkityksestä. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (4), 438–445.
Nyman, Kauko (1982) Aikuisten terveyspalvelusten käyttö. Teoksessa: Kalimo, Esko et al., *Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 102–229.
Nyman, Kauko (1989) Työpaikkaterveydenhuolto sairaanhoitojärjestelmän osana. Teoksessa: Kalimo, Esko et al. (toim.), *Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 211–263.
Nyman, Kauko (1993) *Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveyspalvelujen käytön eroista.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:86. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Nyström, Samu (2010a) Lääkärit ja terveyden politiikka. Teoksessa: Nyström, Samu (toim.), *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010.* Fennomed Oy, Helsinki, 158–241.
Nyström, Samu (toim.) (2010b) *Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1910–2010.* Fennomed Oy, Helsinki.
Nätkin, Ritva (1997*) Kamppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset.* Gaudeamus, Helsinki.

Oittinen, Riitta (1995) Terveyttä, kauhua ja unelmia kaupan. Patenttilääkkeet vuosisadan vaihteen suomalaisilla terveysmarkkinoilla. Teoksessa: Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.), *Terveyden lähteillä. Länsimaisten terveyskäsitysten kulttuurihistoriaa.* Historiallinen Arkisto 106. SHS, Helsinki, 169–203.

Oittinen Riitta (2003) ”Leipää, suojaa ja valoa”. Työläisnainen-lehti työkansan terveyden puolestapuhujana. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Gaudeamus, Helsinki, 175–195.

Ojala. A. (1961) Yleinen terveydenhoito. Teoksessa*: Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille IX*. WSOY, Porvoo, 191–202.

Ojala, Aimo & Vataja, Pentti & Vintturi, Aulis (1974) *Kansanterveystyö.* Suomen kunnallisliitto, Helsinki.

Oker-Blom, Max (1909) Kolera ja rutto. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille IV.* WSOY, Porvoo, 623–628.

Oker-Blom, Max (1916) Till frågan on ”läkartätheten” och läkarbehovet i Finland. *Suomen yleinen lääkäriliitto. Tiedonantoja liiton jäsenille* 2/1916, 56–69.

Ollila, Eeva (2004) Terveys politiikkojen ristiaallokossa. Teoksessa: Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva (toim.), *Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikkaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja.* Aiheita 8/2004, Stakes, Helsinki, 11–17.

Ollila, Eeva & Koivusalo, Meri (2009) Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi – terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa: Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.), *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus, Helsinki, 21–47.

Oosterhuis, Harry & Huisman, Frank (2013) The Politics of Health and Citizenship: Historical and Contemporary Perspectives. Teoksessa: Oosterhuis, Harry & Huisman, Frank (toim.), *Health and Citizenship. Political Cultures of Health in Modern Europe.* Pickering and Chatto, 1–40.

Paasivaara, Leena (2002) *Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle.* Acta Universitatis Ouluensis 707. Oulun yliopisto, Oulu.

Paatero, Heidi (1998) Terveydenhuollon vastuun lisääntyminen. Kansanterveyslain ja erikoissairanhoitolain sekä kuntoutuslain vaikutus vammaispalvelujen sisältöön. Teoksessa: Eräkanto, Seppo & Merentie, Aini, *Invalidihuollon puoli vuosisataa (1947–1997). Historiaseminaarin raportti.* Stakes, Aiheita 2/1998. Stakes, Helsinki, 140–142.

Pajukoski, Marja (2011) Muuttuvat sosiaaliset oikeudet. Teoksessa: Palola, Elina & Karjalainen, Vappu, (toim*.), Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljillä?* THL, Helsinki, 79–100.

Pajula, Jaakko (1968) Eläketurvan kehittäminen. Teoksessa: *Huoltopäivien esitelmät 1967.* Sosiaalihuollon keskusliiton julkaisusarja no 6. Sosiaalihuollon Keskusliitto, Helsinki, 140–148.

Pakkala, Kirsti (1993) Työterveyshuolto torjuu laman vaikutuksia. *SAik* 87 (1), 32–39.
Palmén, A. J. (1921) Suomen lääkintälaitos ja sairaalat. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille II.* WSOY, Porvoo, 12–22.
Palmén, A. J. (1922) Lääkintölaitos. Teoksessa: *Valtiotieteiden käsikirja II.* Tietosanakirja-osakeyhtiö, Helsinki, 303–308.
Palonen, Kari (2003) Eurooppalaiset poliittiset käsitteet suomalaisissa pelitiloissa. Teoksessa: Hyvärinen, Matti et al. (toim.), *Käsitteet liikkeessä. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistori*a. Vastapaino, Tampere, 569–591.
Palosuo, Hannele et al. (toim.) (2007) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaaliministeriö, Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf. (Luettu 9.8.2010).
Parvinen, Ilmo (1977) Lääkärin asema osa terveyspolitiikan ongelmakenttää. *SAik* 71 (6), 68–70.
Pasternack, Amos & Ruokonen, Tuula & Ståhls-Hindsberg, Monica (toim.) (2006) *Lääkärintyön muistoja.* Kansanelämän kuvauksia 68. SKS & Duodecim, Helsinki.
Pekkarinen, Taito (1977) Mikä on se ”vaihtoehto”? *SAik* 71 (6), 21–26.
Pelanteri, Simo & Nenonen, Mikko (1998*) Terveyskeskusten vuodeosastot 1996. Palvelujen käyttö ja tuottaminen.* Tilastoraportti 2/1998. STAKES, Helsinki.
Pellinen, Sulevi (1995) *Sattuipa kerran. Sata vuotta työtapaturmavakuutusta 1895–1995.* Suomen Tapaturmavakuutuslaitosten liitto, Helsinki.
Pentikäinen, Katja (toim.) (1992) *Muurahaiskylpyjä ja kultahoitoa. Kertomuksia reumasta.* SKS, Helsinki.
Pentikäinen, Teivo (1977) Työeläkejärjestelmän suomalainen ratkaisu kehittämisen arvoinen. *SAik* 71 (5), 38–41.
Perheentupa, Antti-Veikko (1977) Terveydenhuoltokin toimimaan ihmisen omilla ehdoilla. *SAik* 71 (6), 48–52.
Perheentupa, Antti-Veikko (1988) Sosiaalihuollon periaatekomitea – naiviutta vai realismia? Teoksessa: Sirén, Pirkko (toim.), *Pitkänsillan pohjoispuolelta: periaatteista eri aatteisiin.* Sosiaalihallitus 20 v. juhlakirja. Sosiaalihallitus, Helsinki, 19–27.
Pesonen, Niilo (1969a) Mielisairaanhoidon tulevaisuuden näkymiä. Teoksessa: *Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta.* Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki, 20–24.
Pesonen, Niilo (1969b) Paikallissairaalat valokeilassa. Teoksessa*: Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta.* Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki, 30–35.
Pesonen Niilo (1973) *Lääkärinä ja virkamiehenä. Lääkintöhallituksen pääjohtaja muistelee.* WSOY, Porvoo.

Pesonen, Niilo (1980) *Terveyden puolesta – sairautta vastaan. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvuilla.* WSOY, Helsinki.
Petersen, Alan & Lupton, Deborah (1996) *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. Sage, London.
Peyrou, Florencia (2006) Citizenship and history: Historiographic Approaches to Citizenship. Teoksessa: Ellis, Sterven G. et al. (toim.), *Citizenship in Historical Perspective.* Pisa University Press, 1–23. http://www.cliohres.net/books/books.php?book=7 (Luettu 30.7.2014).
Pienen eleen historia (2013). Pieni ele -keräys. http://www.pieniele.fi/tarina/historia/ (Luettu 4.1.2013).
Pietikäinen, Petteri (2013) *Hulluuden historia.* Gaudeamus, Helsinki.
Piirainen, Veikko (1958) *Kylänkierrolta kunnalliskotiin. Savon ja Pohjois-Karjalan maaseudun vaivaishoitotoiminta vaivaishoidon murroskautena 1800-luvun jälkipuoliskoll*a. Historiallisia tutkimuksia 49. SHS, Helsinki.
Piirainen, Veikko (1969) *Suomalaisen sosiaaliturva.* Karisto, Hämeenlinna.
Piirainen, Veikko (1974) *Vaivaishoidosta sosiaaliturvaan. Sosiaalihuollon ja sen työntekijäjärjestöjen historiaa Suomen itsenäisyyden ajalta*. Karisto, Hämeenlinna.
Pitkänen, Kari (1990) Myrkkyä, sanoi Tohtori Lybeck. Rokotustaistelu 1900-luvun alkuvuosikymmenillä. Teoksessa: Peltonen, Matti (toim.), *Arki ja murros. Tutkielmia keisariajan lopun Suomesta.* SHS, Helsinki, 125–139.
Ponteva, Eero (1960) Sairauseläke. *Suomen Lääkärilehti* 15 (3), 117–119.
Porter, Dorothy (toim.) (1994) *The History of Public Health and the Modern State.* Rodopi, Amsterdam 1994.
Porter, Dorothy (1999) *Health, Civilization and The State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times.* Routledge, London and New York.
Porter, Dorothy (2008) The Social Contract of Health in the Twentieth and Twenty-First Centuries: Individuals, Corporations, and the State. Teoksessa: Gross Solomon, Susan et al. (toim.), *Shifting Boundaries of Public Health. Europe in the Twentieth Century.* University of Rochester Press, New York, 45–60.
Porter, Dorothy (2011) *Health Citizenship. Essays in Social Medicine and Biomedical Politics*. University of California Medical Humanities Press, Berkeley.
Pulma, Panu (1996) *Valtion lainoista Valtavaan. Kunnan ja valtion suhde sosiaalitoimen valtionapujärjestelmän kehityksessä.* Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 60. Stakes, Helsinki.
Punto, Anni (1991) *Terveyssisarkoulutuksen ja terveyssisarten neuvontatoiminnan kehitys Suomessa vuosina 1912–1944.* Sairaanhoitajien koulutussäätiö, Helsinki.
Puro, Kari (1973) Terveydenhuollon ilmaispalvelukset. Teoksessa: Mäkelä, Klaus (toim.), *Ilmaiseksi!* Tammi, Helsinki, 48–55.

Puro, Kari (1974) *Terveyspolitiikan perusteet.* (2.p.).Tammi, Helsinki.
Puro, Kari (1975a) Sosiaali- ja terveysministeriö ja sosiaaliturvan kehittäminen. *SAik* 69 (2), 115–117.
Puro, Kari (1975b) Terveyspalvelujärjestelmän mahdollisuudet kansanterveyden kohentamisessa. Teoksessa: Aer Juhani (toim.), *Kansanterveystyön käsikirja.* Tammi, Helsinki, 75–79.
Puro, Kari (2007) Mikä rampautti terveyskeskukset. *Duodecim* 123 (17), 2053–2054.
Purola, Tapani (1967) Tutkimuksen yleistavoite. Teoksessa: Purola, Tapani et al., *Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja sarja A:1. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki, 1–18.
Purola, Tapani (1970) Sairaus ja sairastavuus yhteiskuntapolitiikan kannalta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 7 (3), 115–120.
Purola, Tapani (1971) Sairaus sosiaalilääketieteellisenä käsitteenä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 8 (9), 3–11.
Purola, Tapani (1975) Terveyspalvelujen käyttö ja sen tutkimus. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.), *Kansanterveystyön käsikirja.* Tammi, Helsinki, 61–74.
Purola, Tapani et al. (1967) *Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, sarja A:1. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki.
Purola, Tapani et al. (1971) *Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, sarja A:7. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki.
Purola, Tapani & Kalimo, Esko & Nyman, Kauko (1974) *Health Services Use and Health Status under National Sickness Insurance. An Evaluation Survey of Finland.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, Sarja A:11. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1974.
Puska, P. et al. (1976) Kansanterveystyötä kehitettävä koko väestöön kohdistuvaksi peruspalvelujärjestelmäksi. *SAik* 70 (6), 29–35.
Pylkkänen, Kari (1985) Tarvitaanko mielisairaaloita? *Duodecim* 101 (2), 154–156.
Pynnönen, Annika (2013) *Hädän ja puutteen lieventämiseksi Serlachiusten valtakunnassa. Säde-yhdistyksen edustama arvojärjestelmä 1920-1939.* Historian pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.
Pyykkö, Raija (2004) Valtion ja kirkon välissä. Ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa: Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.), *Hyvinvointityön ammatit.* Gaudeamus, Helsinki, 110–143.
Rahikainen, Marjatta (1995) Miten kansakunta pidetään puhtaana: rotuhygienia ja äänioikeuden epääminen. Teoksessa: Ahonen, Anne (toim.), *Kansakunnat murroksessa. Globalisoitumisen ja äärioikeistolaistumisen haasteet.* Rauhan- ja konfliktintutkimuskeskus, Tampere, 15–37.

Rapila, Alpo K. (1973*) Törnävän sairaala 1923–1973.* Törnävän sairaalain kuntainliitto, Jyväskylä.
Rasila, Viljo (1983) Kaupunkien sosiaalipolitiikka ja terveydenhoito 1875–1917. Teoksessa: *Suomen kaupunkilaitoksen historia 2. 1870-luvulta autonomian ajan loppuu*n. Suomen Kaupunkiliitto, Helsinki, 333–374.
Rasimus, Ari & Alasuutari, Pertti (2009) OECD ja julkisen sektorin muutos. Teoksessa: Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.), *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus, 132–155.
Rauhala, Pirkko-Liisa (1996) *Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaaliturvaa*. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol. 477. Tampereen yliopisto, Tampere.
Redden, Candace Johnson (2002) Health Care as Citizenship Development. Examining Social Rights and Entitlement. *Canadian Journal of Political Science* 35 (1), 102–125. DOI: http://dx.doi.org/10.1017/S0008423902778190
Riihinen, Olavi (2011) Keskiluokkaistuva ja eriarvoistuva Suomi – hyvinvointivaltio koetuksella. Teoksessa: Palola, Elina & Karjalainen, Vappu, (toim.), *Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljillä?* THL, Helsinki, 103–145.
Riihinen, Olavi (2009) Pekka Kuusesta Terho Pulkkiseen 1957–1969. Teoksessa: Jaakkola, Risto et al. (toim.), *Työväensuojelusta sosiaalipolitikkaan. Sosiaalipoliittinen yhdistys 1908–2008.* Edita, Helsinki, 97–143.
Rimpelä, Matti (2004) Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden? Teoksessa: Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva, *Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikkaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja.* Aiheita 8/2004, Stakes, Helsinki, 58–90.
Rimpelä, Matti (2005) Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavatko kansanterveyslain käsitteet historiaan? *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (1), 54–62.
Rintanen, Eevaliisa (1975) Terveyskeskuksen henkilökunta ja sen työnjako. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.), *Kansanterveystyön käsikirja.* Tammi, Helsinki, 153–172.
Ristimäki, Outi (1995) *Kuinka vaivaisista tuli mielisairaita? Kunnallisten hoitoloiden synty Helsingissä 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa.* Talous- ja sosiaalihistorian pro gradu –tutkielma, Helsingin yliopisto.
Rokotusohjelman historia (2013) http://www.thl.fi/fi_FI/web/rokottajankasikirja-fi/rokotusohjelman-historia (Luettu 8.8.2014).
Ruikka Ilmari (1972) *Vanhuus ja sairaus. Geriatrian oppikirja sairaanhoidon ja sosiaalihuollon alalla työskenteleville.* WSOY, Porvoo.
Ruokola, Matti (1990) Julkisen ja yksityisen työnjako terveydenhuollossa. *SAik* 84 (6), 14–17.

Ruusinen, Anneli (1982) Terveyskeskusten lääkäripalvelusten käyttö ja maksut. Teoksessa: *SVT XXXII:87 Terveydenhuollon maksupolitiikka.* Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Ruuska, Petri (2009) Lukeneiston yksilöllinen kansa. Teoksessa: Anttila, Anu-Hanna et al., *Kuriton kansa. Poliittinen mielikuvitus vuoden 1905 suurlakon ajan Suomessa.* Vastapaino, Tampere, 57–80.

Rytty, Suvi (2007) *Vesi vanhin voitehista, Jumala parantajista. Marginaalisuus ja legitiimiys luonnonparannusliikkeen ja lääketieteen välisessä propagandasodassa Suomessa vuosina 1906–1914.* Suomen historian pro gradu -tutkielma, Turun yliopisto.

Rytty, Suvi (2009) Kuhnelaisuus lääketieteen reviirillä. *Lähde* 6, 174–187.

Ryymin, Teemu (2008) 'Health Citizenship' – a Short Introduction. Teoksessa: Andresen, Astri et al. (toim.), *Citizens, Courtrooms, Crossings.* Conference proceedings. Report 10. Stein Rokkan Centre for Social Studies, Bergen, 15–20. http://rokkan.uni.no/rPub/files/237_Report_10-2008.pdf (Luettu 24.2.2012).

Ryymin, Teemu & Ludvigsen, Kari (2013) From Equality to Equivalence? Norwegian Health Policies Towards Immigrants and the Sámi, 1970–2009. *Nordic Journal of Migration Research* 1 (3), 10–18. DOI: 10.2478/v10202-012-0011-y

Saari, Juho (2003) Johdanto. Teoksessa: Saari, Juho (toim.), *Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen.* Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry., Helsinki, 5–18.

Saari, Juho (2006) Sadan vuoden sosiaalipolitiikka – muutoksen jaksottaminen Suomessa. Teoksessa: Saari, Juho (toim.), *Historiallinen käänne. Johdatus pitkän aikavälin historian tutkimukseen.* Gaudeamus, Helsinki, 257–288.

Saari, Juho (2013) Sosiaaliset oikeudet kapitalistisessa yhteiskunnassa. T.H. Marshallin kansalaisuusteoria. Teoksessa: Saari, Juho & Taipale, Sakari & Kainulainen, Sakari (toim*.), Hyvinvointivaltion moderneja klassikkoja.* Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 38. Sosiaalipolittisen yhdistyksen tutkimuksia 64. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki, 283–304. http://www.diak.fi/tyoelama/Julkaisut/Documents/Diak%20A%2038.pdf (Luettu 30.7.2014).

Saarialho, Aarne (1935) *Köyhäinhoitolainsäädäntö.* Kunnallisen keskustoimiston käsikirjoja IV. WSOY, Porvoo.

Saaritsa, Sakari (2014) Koska lääkäriin? Sosiaalinen kerrostuneisuus ja sairaanhoidon kulutus maailmansotien välisen ajan Suomessa. Teoksessa: Hannikainen, Matti (toim.), *Työväestö ja hyvinvointi.* Väki voimakas 27. Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, Helsinki, 105–144.

Salmi, Eeva (2005*) Maahan lämpimään. Suomen viittomakielisten historia.* Kuurojen liitto, Helsinki.

Salo, Markku (1996) *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalareformit Italiassa ja Suomessa.* Vastapaino, Tampere.

Saloheimo, Pertti & Vuorenkoski, Lauri (2003) Lääkäriys yhteiskunnan muutoksen pyörteissä. *Duodecim* 119 (10), 977–978.
Sarvilinna, A. (1938) *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919.* Lääketieteellis-historiallinen tutkielma. Uusikaupunki.
Satka, Mirja (1994) Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa: Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti, *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia.* Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki, 261–339.
Satka, Mirja (1995) *Making Social Citizenship. Conceptual Practices from the Finnish Poor Law to Professional Social Work.* Publications of Social and Political Sciences and Philosophy. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
Savola, Petter (1977) Keskustalaisen terveyspolitiikan periaatteet. *SAik* 71 (6), 53–57.
Savolainen, Eero (1982) Terveyspalvelusten käyttö yhden sairausjakson aikana. Teoksessa: Kalimo, Esko et al., *Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 230–300.
Savonen, Severi (1941) *Kansanterveystyötä tehostamaan! Maalaiskuntien yleisen terveydenhoidon ohjelma.* Otava, Helsinki.
Savonen, Severi (1944) *Kunnalliset terveystalot.* Lääkintöhallitus, Helsinki.
Schöldström, Ulf (1999) Historien om ”sjukronan”. Vad betydde reformen for sjukvården och läkarrollen? *Läkartidningen* 96 (50), 5656–5658.
Sibelius, Chr. (1920) Mielisairaat ja kaatuvatautiset. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille I.* WSOY, Porvoo, 661–687.
Sibelius, Leena (1969) Nykyisen mielisairaslain toteuttamisesta ja tavoitteista. Teoksessa: *Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta.* Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Helsinki, 71–74.
Sihto, Marita (2013) Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa: Sihto, Marita et al. (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt.* THL, Helsinki, 14–38.
Siivola, Ulla (1985) *Terveyssisar kansanterveystyössä.* Sairaanhoitajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo.
Siltala, Juha (1985) *Lapuan liike ja kyyditykset 1930.* Otava, Helsinki.
Simola, Heikki (1972) Sairaalalaitoksen kehitys Suomessa sodanjälkeisenä aikana. *SAik* 66 (6), 672–676.
Simula, Topi (1977) Puolueet ja terveyspolitiikka. *SAik* 71 (6), 35–38.
Sipilä, Jorma (2009) *Universalismi ahtaalla. Suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan uudet kasvot.* Sosiaalipoliittinen yhdistys 100 vuotta 12.5.2009. http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/jormasipila.pdf (Luettu 26.3.2013).
Smeds, Kerstin & Stenius, Henrik (1987) Yhdistymisvapauden rajat. Teoksessa: Alapuro, Risto et al. (toim.), *Kansa liikkeessä.* Kirjayhtymä, Helsinki, 69.

Soikkanen, Hannu (1966) *Kunnallinen itsehallinto kansanvallan perusta. Maalaiskuntien itsehallinnon historia*. Maalaiskuntien liitto, Helsinki.
Soikkanen, Hannu (1990) Sosiaalisten oikeuksien historiallinen kehitys. Teoksessa: Takala, Pentti et.al. (toim*.), Hyvinvointi ja muutosten Suomi. Juhlakirja Olavi Riihisen täyttäessä 60 vuotta 9.4.1990.* Huoltaja-säätiö, Helsinki, 9–19.
Soikkeli, A. (1927) Viihtyisä lastenparantola. Teoksessa: *Kaksi vuosikymmentä tuberkuloosityötä.* Julkaistu Vähävaraisten Keuhkotautisten Avustamisyhdistyksen r.y. 20-vuotisen toiminaan johdosta. Raittiuskansa, Helsinki, 86–91.
Soininen, Leena (1982) Haja-asutusalueiden terveyspalvelujen järjestäminen. *SAik* 76 (1), 76–80.
Stenius, Henrik (2003) Kansalainen, Teoksessa: Hyvärinen, Matti et al. (toim.), *Käsitteet liikkeessä. Suomen poliittisen kulttuurin käsitehistoria.* Vastapaino, Tampere, 309–362.
Stewart, John (2008) Health Policy and Welfare Regimes in Western Europe, 1945–1973. Teoksessa: Andresen, Astri et al. (toim.), *Citizens, Courtrooms, Crossing*s. Conference proceedings. Report 10. Stein Rokkan Centre for Social Studies, Bergen, 203–211. http://rokkan.uni.no/rPub/files/237_Report_10-2008.pdf (Luettu 16.9.2014).
Streng, Osv. (1921) Kulkutaudit ja niiden vastustaminen.Teoksess*a: Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille II.* WSOY, Porvoo, 568–597.
Stråth, Bo (2005) The Normative Foundations of the Scandinavian Welfare States in Historical Perspective. Teoksessa: Kildal, Nanna & Kuhnle, Stein (toim.), *Normative Foundations of the Welfare State. The Nordic Experience.* Routledge, New York, 34–51.
Suihko, Olavi (1964) Sairausvakuutuslaki ja sosiaalihuolto. *Huoltaja* 52 (5), 130–131, 136.
Sukselainen, V. J. (1946a) Edistystä ja taka-askeleita perheellisten verotuksessa vuosina 1941–1945. Teoksessa: *Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja I.* WSOY, Porvoo, 116–137.
Sukselainen, V. J. (1946b) Jälleenrakennuskauden väestöpoliittiset tehtävät. Teoksessa: *Väestöpolitiikkamme taustaa ja tehtäviä. Väestöliiton vuosikirja I.* WSOY, Porvoo, 7–18.
Sukselainen, V. J. (1950) *Perhekustannusten tasaaminen.* Väestöpoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja. 4. WSOY, Helsinki.
Sulkunen, Irma (1986) *Raittius kansalaisuskontona. Raittiusliike ja järjestäytyminen 1870-luvulta suurlakon jälkeisiin vuosiin.* SHS, Helsinki.
Suokas, Leila (1992) *Ihminen ihmisten joukossa? Kirjalliseen omaelämäkerta-aineistoon perustuva tutkimus vammaisuuden aiheuttamista elämänmuutoksista.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:83. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Suomen kartasto 1925 (1929) Suomen maantieteellinen seura. Otava, Helsinki.
Suomen kartasto 1960 (1961) Suomen kartasto, Teksti. Otava, Helsinki.

Suomen kartasto (1985) Elinolot ja sosiaalipolitiikka 341–344. Suomen maantieteellinen seura. Maanmittaushallitus, Helsinki.

Suominen, Risto & Halla, Klaus & Laapotti, Kari (1974) *Terveydenhuoltokustannusten tasaus Suomessa vv. 1920–1972.* Sosiaalipoliittinen tutkimusosasto 13/1974. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Suonoja, Kyösti (1992) Kansalaisten parhaaksi – yhteistuntoa ja politiikkaa. Sosiaali- ja terveysministeriö 1939–1992. Teoksessa: Haatanen, Pekka & Suonoja, Kyösti, *Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta.* VAPK-kustannus, Helsinki, 321–739.

Suonoja, Kyösti & Virtanen Pirjo & Tuomola, Seppo (1975) *Terveydenhuollon tavoitteet ja painopisteet.* SVT XXXII Sosiaalisia erikoistutkimuksia 43. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Suontausta, Tauno (1963) Ihmisoikeudet. Teoksessa: Waris, Heikki et al. (toim.), *Yhteiskuntatieteiden käsikirja I.* Otava, Helsinki, 156–159.

Tahvanainen, Helga & Nirkko, Juha (toim.) (2000) *Hoitotyön muistot.* SKS, Helsinki.

Taipale, Ilkka (1968) Miten suhtaudut. *Mielenterveys* 8 (1–2), 34–37.

Taipale, Ilkka (1972) Rakenteellinen liikennelääketiede. *Yhteiskuntasuunnittelu* 10 (2), 32–37.

Taipale, Vappu (2000) Terveyspolitiikkojen arviointia ja tutkimusta tarvitaan. Teoksessa: Häkkinen, Unto & Ollila, Eeva, *Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveysraportti 2000 – seminaariraportti.* Stakes, Aiheita 35/2000. Stakes, Helsinki, 1.

Taipale, Vappu (2008) *Ajat muuttuvat – samoin ohjaustavat*. 2.4.2008 http://www.stakes.fi/FI/Stakes/johto/ajat.htm (Luettu 15.10.2008).

Tala, Heikki & Rajala, Matti & Hausen, Hannu (1982) Terveyskeskusten hammashuolto. *SAik* 76 (1), 41–46.

Tarasti, Aarne (1956) *Huoltoapulainsäädäntö.* Maalaiskuntien liitto, Helsinki.

Tarasti, Aarne (1968) Huoltoapu sosiaaliturvajärjestelmässämme. Teoksessa: *Huoltopäivien esitelmät 1967.* Sosiaalihuollon keskusliiton julkaisusarja no 6. Sosiaalihuollon Keskusliitto, Helsinki, 125–131.

Tarasti, Aarne (1970) Huoltoapu- ja irtolaislain eräiden perussäännösten muuttaminen. *Lakimies* 68 (2), 124–137.

Tarkiainen, Tuttu (1971*) Eduskunnan valitseminen 1907–1963. Suomen kansanedustuslaitoksen historia IX.* Eduskunnan historiakomitea, Helsinki.

Tarve terveydenhuollossa – kuka tai mikä määrittää? (2007) Etene-julkaisuja 18. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-528.pdf (Luettu 5.10.2014).

Taskinen, K. (1910) Terveydenhoito. Teoksessa: *Yhteiskunnallinen käsikirja.* Kansanvalistusseura, Helsinki, 486–492.

Tavastähti, Elli (1926) *Köyhäinhoidon käsikirja.* WSOY, Porvoo.

Tervonen-Gonçalves, Leena (2013) *International Ideas and National Agendas of Public Health Policy – the Cases of Finland and Portugal.* Acta Universitatis Tamperensis 1815. Tampereen yliopisto, Tampere.
The Right to Health (2008) Fact Sheet no 31. Office of the United Nations High Commisioner for Human Rights & World Health Organization, Geneva. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf (Luettu 30.4.2013).
Tiainen, Usko (1967) Sairasvakuutuksen vaikutus sosiaalihuollon kentässä. *Huoltaja* 55 (15–16), 484–491.
Tiitta, Allan (2009) *Collecium Medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
Toppari, Lauha (1977) Kunnalliskotien mielisairasosastot. *Sosiaaliturva* 65 (19), 824–829.
Tritter, Jonathan (2009) Vallankumous vai hidas muutos. Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa: Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna, *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus, Helsinki, 210–226.
Tunkelo, J.H. (1911) Suojelukasvatuksesta. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille VI.* WSOY, Porvoo, 630–641.
Tuomaala, Saara (2003) Punaiset posket ja suorat polvet. Kansakoulun terveydenhoidon ihanteita ja käytäntöjä 1920–1930-luvulla. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Gaudeamus, Helsinki, 87–109.
Tuomioja, Erkki (1996) *Pekka Kuusi: alkoholipoliitikko, sosiaalipoliitikko, ihmiskuntapoliitikko*. Tammi, Helsinki.
Tuori, Kaarlo & Kotkas, Toomas (2008) *Sosiaalioikeus.* WSOYpro, Helsinki.
Tuovinen, Sirkka-Liisa (1990) *Kellokosken sairaala 1915–1990.* Kellokosken sairaala, Kellokoski.
Tähkä, Aleksis (1962) *Lääkärin muistelmia viideltä vuosikymmeneltä. I osa.* WSOY, Porvoo.
Törrönen, Sirkka (1978*) 50 vuotta mielenterveyden hyväksi 1928–78.* Mielisairaanhuoltopiirien Liitto, Helsinki.
Törrönen Sirkka (1982) *Hattelmalan sairaala 1932–82.* Etelä-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntainliitto, Hämeenlinna.
Ulamo, Erkki (2004) Urheileva Tyrväntö. *Tyrvännön Joulu 2004.* http://www.tyrvanto.net/verkko/tyrvantoseura/lehti04/j8.htm (luettu 4.8.2014).
Uljas, Päivi (2005) *Taistelu sosiaaliturvasta. Ammattiyhdistysväen toiminta sosiaaliturvan puolesta 1957–1963.* Like, Helsinki.
Uljas, Päivi (2012*) Hyvinvointivaltion läpimurto. Pienviljelyhegemonian rapautumisen, kansalaisliikehdinnän ja poliittisen murroksen keskinäiset suhteet suomalaisessa yhteiskunnassa 1950-luvun loppuvuosina.* Into, Helsinki.
Urponen, Kyösti (1994) Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. Teoksessa: Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti,

Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki, 163–260.
Waal, Jouko & Laine, Arto & Pettinen, Marjatta (1986) Työterveyshuollon kustannusten korvausjärjestelmä. Teoksessa: Rantanen, Jorma & Ylikoski, Matti (toim.), *Työterveyshuolto.* Työterveyslaitos, Helsinki, 58–64.
Vaalgamaa, Kaija & Ohtonen, Jukka (1997) *Terveydenhuollon ammattihenkilöt 31.12.1996.* Tilastotiedote 16/1997. Stakes, Helsinki.
Valkonen, Tapani (1982) Kuolleisuuden kehitys 1970-luvulla. *SAik* 76 (1), 17–22.
Valkonen, Tapani (1984) Kuolleisuuden kehitys ja kuolleisuuserot terveyspolitiikan kannalta. *SAik* 78 (3), 4–8.
Valkonen, Tapani et al. (2007) Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa: Palosuo, Hannele et al. (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. STM, Helsinki, 44–64.
Vallgårda, Signild (2003) *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til idag.* Aarhus Universitetsforlag, Århus.
Vallgårda, Signild (2007) Public Health Policies: A Scandinavian Model? *Scandinavian Journal of Public Health* 35 (2), 205–211. doi: 10.1080/14034940600858433
Vallgårda, Signild (2010) Is the Focus on Health-Related Behaviours a New Phenomenon? *Social Studies of Science* 40 (4), 609–614. doi: 10.1177/0306312710366067
Walls, Georg (1963) Elintaso. Teoksessa: Waris, Heikki et al. (toim.), *Yhteiskuntatieteiden käsikirja I.* Otava Helsinki, 115–119.
van Doorslaer, Eddy et al. (2006) Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. *Canadian Medical Association Journal* 174 (2), 177–183. doi: 10.1503/cmaj.050584
van Steenbergen, Bart (toim.) (1994) *The Condition of Citizenship.* Sage, London.
Vanhanen, Marjo (2013) *Valtakamppailuja ja kompromisseja. Valtion ohjauksen vaikutus vaivaishoidon järjestämiseen Keuruun kunnassa 1880-luvulta 1910-luvulle.* Historian pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto. http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201310151480 (Luettu 3.5.2014).
Waris, Heikki (1934) *Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin Pitkänsillan pohjoispuolelle II.* Historiallisia tutkimuksia XVI, 2. Suomen Historiallinen Seura, Helsinki.
Waris, Heikki (1961) *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikka. Johdatus sosiaalipolitiikkaan.* Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 5. WSOY, Porvoo.
Waris, Heikki (1978) *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikka. Johdatus sosiaalipolitiikkaan.* Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 5. (6. p.).WSOY, Porvoo.

Vataja, Pentti (1974) Terveyden- ja sairaanhoito kunnan näkökulmasta. *SAik* 68 (4), 263–265.
Vauhkonen, Onni (1961) *Sairaalakustannusten tasaus.* Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 7. WSOY, Porvoo 1961.
Vauhkonen, Onni (1969) Terveyspolitiikan keinoista. Teoksessa: *Ajankohtaisia näkökohtia terveydenhuoltopolitiikasta.* Lääkintöhallituksen tutkimuksia 8. Lääkintöhallitus, 1969, 75–77.
Vauhkonen, Onni (1978) Yleiskatsaus lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja nykytilaan. Teoksessa: Vauhkonen, Onni & Laurinkari, Juhani & Bäckman,Guy, *Suomalaista terveyspolitiikkaa*. Sairaanhoitajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Porvoo, 7–122.
Vauhkonen, Onni & Bäckman, Guy (1973) *Sairaala suomalaisessa yhteiskunnassa.* WSOY, Porvoo.
Vienonen, Mikko & Sneck, Marjatta (1982) Asiakas terveyskeskuksessa. *SAik* 76 (1), 54–57.
Wilson, Fiona (2004) Indian Citizenship and the Discourse of Hygiene/Disease in Nineteenth-Century Peru. *Bulletin of Latin American Research* 23 (2), 165–180. DOI: 10.1111/j.1470-9856.2004.00102.x
Virtanen, Pekka (2013) Työterveyshuolto: sairaanhoitovaltaisuutta ja liikelaitostumista. Teoksessa: Sihto, Marita et al. (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. THL, Helsinki, 314–319.
Virtanen, Pekka & Mattila, Kari (2011) Työterveyslääkärin potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. *Suomen Lääkärilehti* 66 (47), 3583–3588.
Viukari, M. (1964) Sosiaaliset tekijät mielisairaaloiden paikkapulan syynä. *Huoltaja* 52 (15–16), 460–465.
Wrede, Sirpa (2000) Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja murroksia. Teoksesssa Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.), *Terveyssosiologian suuntauksia.* Gaudeamus, Helsinki, 189–205.
Wrede, Sirpa (2001) *Decentering Care for Mothers: The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services*. Åbo Akademi University Press, Åbo.
Wrede, Sirpa (2003) Kenen neuvola? Kansanterveystyön ”naisten huoneen”-rakennuspuut. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.), *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Gaudeamus, Helsinki, 58–86.
Vuolio, Vesa (1992) *Lunastettu vapaus. Kunnanlääkärin ammatillisen autonomian muotoutuminen.* Sosiologian laitoksen julkaisuja 49/1991. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
Vuorenkoski, Lauri & Saarni, Samuli (2006) Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Teoksessa: Teperi, Juha et al. *(toim.), Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.* Stakes, Helsinki, 35–39.
Vuorinen, Heikki S. (2002) *Tautinen historia.* Vastapaino, Tampere.

Vuorinen, Heikki S. (2006) *Tautinen Suomi 1857–1865.* Tampere University Press, Tampere.
Vuorinen, Heikki S. (2010) *Taudit, parantajat ja parannettavat. Lääketieteellinen historia.* Vastapaino, Tampere.
Xu, Ke et al. (2003) Household Catastrophic Health Expenditure: a Multicountry Analysis. *Lancet* 362, 111–117.
Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa (2011) Etene-julkaisuja 31. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2325.pdf (Luettu 5.1.2013).
Ylikoski, Matti (1986) Työterveyshuoltopalvelujen järjestämistavat. Teoksessa: Rantanen, Jorma & Ylikoski, Matti (toim.), *Työterveyshuolto.* Työterveyslaitos, Helsinki, 56–57.
Ylikoski, Päivi (1994) *Selviytymistarinoita. Sata vuotta kehitysvammahuollon arkea.* WSOY, Porvoo.
Ylppö, Arvo (1921) Lastenhuolto, lastenhoito ja lastentaudit. Teoksessa: *Oma Maa. Tietokirja Suomen kodeille II.* WSOY, Porvoo, 343–364.
Ylppö, Arvo (1961) Lasten huolto ja -hoito. Teoksessa: *Oma maa. Tietokirja Suomen kodeille X.* WSOY, Porvoo, 326–338.
Yrjälä, Ann (2005) *Public Health and Rockefeller Wealth. Alliance Strategies in the Early Formation of Finnish Public Health Nursing*. Åbo Akademi University Press, Åbo.
Yuval-Davis, Nira (2011) *The Politics of Belonging. Intersectional Contestations.* SAGE, London.